FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 décembre 1906, à 1 heure

PAR

M^lle Eva GENOUY
de l'Université de Paris

DE LA

Nécessité d'une Direction

DANS

L'ALLAITEMENT AU SEIN

Président : M. BUDIN, *professeur*

Juges { MM. CHANTEMESSE, *professeur*
DEMELIN, *agrégé*
CARNOT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BUDIN PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance sincère.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

De la Nécessité d'une Direction

DANS

L'ALLAITEMENT AU SEIN

INTRODUCTION

Une question sociale, d'une haute importance, celle de la dépopulation, préoccupe depuis longtemps les esprits. Dans notre pays, en effet, les statistiques montrent que le nombre des naissances est parfois inférieur à celui des décès (c'est du moins le cas qui s'est présenté en l'an 1900) ; mais à cet abaissement progressif de la natalité, se joint une autre cause, non moins active de dépopulation, nous voulons parler des morts « évitables » dans la première année de la vie. Car, on ne saurait trop insister sur ce point, les morts si nombreuses du premier âge passent presque inaperçues ; on se console infiniment vite de la perte d'un enfant de quelques jours, de quelques mois, mais pourquoi ne pas s'efforcer d'enrayer dans la mesure du possible cette effrayante

léthalité, alors que pour les adultes, la science et la morale combinent leurs efforts pour vaincre des fléaux tels que la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme ? Est-il admissible que les enfants de zéro à un an meurent dans la proportion des vieillards au-dessus de quatre-vingts ans ? Est-il naturel qu'annuellement 150.000 enfants succombent de zéro à un an, et que sur ce nombre 52.000 meurent le premier mois ? N'est-il pas triste enfin de constater que sur 1.000 décès de tout âge, il y en ait 167 d'enfants de zéro à un an.

Ces statistiques prouvent deux choses : 1° que ces douze premiers mois de la vie constituent une période difficile à traverser ; 2° que pendant cette époque, des fautes lourdes et nombreuses se commettent dans la manière d'éduquer physiquement l'enfant.

Quelles sont donc les causes de cette énorme mortalité survenant au seuil de la vie ? D'après le travail de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (1), la principale est la gastro-entérite (385 décès par diarrhée pour 1000 morts d'enfants); la débilité congénitale vient ensuite (171 pour 1000), puis les affections pulmonaires (147 pour 1000) ; les maladies contagieuses (49 pour 1000) ; enfin la tuberculose (24 pour 1000).

---

1. Balestre et Gilletta de Sain-tJoseph, *Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France, de 1892 à 1897*, Paris, Doin, 1901.

Deux cent vingt-trois cas sur mille sont attribués à des accidents ou à des causes inconnues.

Si l'on peut accorder des circonstances atténuantes pour les morts par affections pulmonaires ou par maladies contagieuses, il ne saurait en être de même pour les morts par gastro-entérite ou par débilité congénitale, dues en majeure partie à l'ignorance absolue des mères. Sans doute, l'élevage artificiel contribue pour une large part à cette hécatombe d'enfants ; comment, en effet, une mère saurait-elle élever efficacement un enfant au biberon, si elle ne sait point l'allaiter au sein ?

Il est une croyance populaire, et c'est aussi la conviction de certains médecins, à savoir que l'enfant nourri au sein est en pleine sécurité et s'élèvera tout seul ! Il s'élèvera tout seul, oui, à la condition que la jeune mère lui donne cette nourriture d'une manière rationnelle, se basant sur les indications de la balance, sur l'examen des garde-robes, donnant dans la juste mesure et non pas trop, ou trop peu, deux écueils, — le premier surtout — auxquels elle se heurte presque toujours. L'instinct maternel, pas plus que celui de l'enfant, ne sont des guides sûrs, comme on est trop porté à le croire.

Les jeunes femmes font généralement leur éducation maternelle sur leur premier bébé, et commettent faute sur faute, acquérant ou non de l'expérience, souvent au prix des plus funestes conséquences. Y a-t-il lieu de s'en étonner ? Rien ne prépare la jeune fille à son métier de mère. Dans les classes pauvres,

les parents ont hâte de donner un gagne-pain à leurs enfants, la question éducation passe au dernier plan. Dans les classes aisées, on se préoccupe surtout de développer chez les jeunes filles les qualités de surface qui feront d'elles des femmes du monde... sans se soucier aucunement des qualités sérieuses que devraient posséder des femmes d'intérieur, des mères de famille. C'est là une lacune, et non des moins regrettables, dans l'éducation de la jeune femme ; et cependant, puisque c'est elle qui a charge d'enfants, pourquoi ne pas l'instruire, pourquoi ne pas l'initier au rôle qui lui est dévolu par la nature ? Nous ne voulons pas nous étendre sur ce point, mais, il ne faut pas se le dissimuler, les conséquences de ce défaut d'éducation ou de cette éducation factice et superficielle des jeunes filles ne se font point attendre et sont fatales : femmes, elles redoutent de devenir mères ; mères, elles se soucient peu de nourrir leurs enfants; nourrices, elles ne savent comment s'y prendre pour élever l'être frêle et délicat qui est à leur merci. De là, des imprudences, des fautes graves qui faisaient dire un jour à notre maître, le professeur Budin, ces paroles sévères, mais justes : « Que d'enfants allaités au sein qui meurent par la faute des mères ! »

C'est en 1892 que le professeur Budin, frappé de cette « inexpérience des mères qui fait autant de victimes que l'allaitement mercenaire », frappé d'autre part du sort des enfants nés dans son service de la Charité, créa la première Consultation de Nourris-

sons, « véritable école où les mères sont conseillées, et où on leur donne une ligne de conduite pour le présent et l'avenir » (H. de Rothschild). C'est en fréquentant ces consultations, dont la création répondait à une impérieuse nécessité, et dont l'heureuse initiative, partie de Paris, s'est étendue à de nombreuses villes de province et de l'étranger, que l'on se rend compte des fautes commises par des mères ignorantes. On comprend alors que l'allaitement maternel n'est pas aussi simple et facile que d'aucuns le prétendent, et que la mère, animée des meilleures intentions, ne peut suppléer au savoir qui lui manque. L'amour, dit avec juste raison M. P. Strauss, ne confère pas un brevet de capacité.

Mais, objectera-t-on, cette jeune femme a une mère, des parents, des amies qui ne sont pas sans expérience et l'aideront dans sa tâche ! Hélas, les parents, les voisines, les commères, presque toujours ennemis de l'hygiène, confiants dans la routine, imbus de vieux préjugés, sont des auxiliaires dangereux, et le malheureux bébé est en d'étranges mains... On oublie, ou l'on ne soupçonne pas qu'élever un enfant constitue une science, et une science délicate à laquelle l'intuition des bonnes femmes ne suffit plus. Au lieu de conseils spécieux, la jeune mère a droit à des conseils éclairés, judicieux, exacts. Qui pourra les lui fournir avec une autorité plus réelle que le médecin ? A ce dernier incombe le rôle de diriger les mères dans l'éducation de leurs enfants.

Riches ou pauvres, tous les enfants sans exception devraient être soumis au contrôle de médecins inspecteurs, qui auraient pour mission d'examiner à certaines époques si les enfants de zéro à un an sont soignés conformément aux règles de l'hygiène. Les parents ont des droits sur l'enfant, mais l'enfant a le droit de vivre. Au corps social d'y veiller ; aux médecins à suivre l'exemple des maîtres, à se dévouer à cette question d'humanité qui doit passer avant celle de métier.

Pour les mères d'aujourd'hui, des Consultations de Nourrissons ont été créées à l'instigation du Professeur Budin, d'autres se fondent ; des « Gouttes de Lait » fonctionnent ; toutes ces institutions philanthropiques ont pour but de prévenir les fautes d'hygiène infantile trop souvent meurtrières et d'empêcher les morts évitables de la première enfance. Travailler à la conservation de ces frêles créatures, c'est travailler pour l'avenir.

Pour les mères de demain, il serait à souhaiter qu'elles apprissent non seulement à lire, à écrire et à compter, mais aussi la manière d'élever un enfant. Des cours d'allaitement ont été faits à Paris par les chefs des deux grandes écoles d'accouchement, les professeurs Budin et Pinard ; il faudrait encore que ces exemples fussent suivis, qu'une place réelle et non plus fictive soit accordée à l'hygiène dans les programmes de l'enseignement, et qu'à partir de douze ou quatorze ans, les fillettes connussent les grands principes de l'hygiène infantile au même titre

qu'elles savent les rudiments de l'histoire ou de la géographie. Dans les écoles primaires, primaires supérieures et normales, dans les lycées, dans les patronages, dans les réunions des jeunes filles, toutes, sans distinction de classe ni de rang, devraient apprendre les éléments de l'hygiène, éléments qu'elles ignorent presque toujours et dont les conséquences se font cruellement sentir plus tard. Instruites, ces jeunes filles comprendront la grandeur et la difficulté de leur tâche future ; devenues mères, elles seront moins empressées à confier leurs enfants à des mains mercenaires, et nourrissant elles-mêmes leurs enfants, elles ne commettront plus les lourdes fautes qui sèment la mort chez les enfants du premier âge.

Dans cette thèse, nous nous proposons d'étudier les fautes et les accidents qui peuvent se produire dans l'allaitement au sein : 1° chez les enfants nés à terme; 2° chez les enfants débiles. Dans un troisième chapitre, nous étudierons les statistiques de la Consultation des Nourrissons (Consultation du Vendredi) de la Clinique Tarnier ; dans un quatrième chapitre, nous établirons en quoi consiste la direction médicale dans l'allaitement au sein, et son utilité.

Enfin nous formulerons nos conclusions.

Ainsi, nous espérons prouver qu'il ne suffit pas que l'enfant soit pendu au sein de sa mère pour l'exempter de toutes les vicissitudes, mais que, dans cette question de puériculture, toute direction doit être basée sur les seules données et sur les pro-

grès de la science, sans jamais oublier que « distribuée d'une manière irrationnelle, la plus parfaite des nourritures peut devenir nuisible » (Marfan).

CHAPITRE I

Les Accidents de l'Allaitement au Sein chez les Enfants nés à terme

---

L'allaitement au sein nécessite-t-il une direction médicale ou peut-il s'en passer ? Certains médecins pensent que les enfants allaités par leurs mères n'ont pas besoin d'être surveillés ; d'autres croient au contraire que l'allaitement maternel ne peut se passer d'une direction médicale.

En 1879 le Dr Granjé écrivait dans le *Journal des Connaissances médicales* que « régler l'heure des tétées chez un nouveau-né est le meilleur moyen de rendre son estomac délicat, expose l'enfant à des troubles digestifs au moindre écart de régime, qu'écouter l'instinct de l'enfant et examiner de temps en temps ses matières excrémentitielles vaudra mieux que réglementer ».

De nos jours, tous les auteurs sont d'accord pour régler le nombre et la durée des repas du nourrisson ; tous également admettent la nécessité impérieuse d'une surveillance autorisée en fait d'allaite-

ment artificiel. Mais cette surveillance, que l'on ne discute point lorsqu'il s'agit de nourrissons élevés au biberon, n'est pas approuvée par tous les médecins quand elle sévit sur les enfants nourris au sein. Sans doute, l'élevage artificiel offre des dangers infiniment plus sérieux et plus graves pour les bébés que l'allaitement maternel ; cependant ce dernier, non dirigé, peut engendrer des incidents capables de se convertir en accidents non moins sérieux et non moins graves que ceux rencontrés chez les enfants allaités artificiellement.

Le Dr Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, écrivait dans la *Clinique Infantile* du 14 mai 1904 : «... La plupart des femmes qui nourrissent n'ont pas besoin du médecin... les enfants nourris au sein sont en sécurité... les accoucheurs font un travail peu utile en pesant chaque semaine des enfants au sein qui se développent bien et ils font perdre le temps aux mères. » Cette opinion, partagée par certains médecins, n'est pas celle des deux chefs d'écoles d'accouchements de Paris, les professeurs Budin et Pinard, qui proclament au contraire la nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. M. le professeur Budin soutient, avec raison, que « l'affection maternelle ne supplée pas au manque d'expérience » ; il cite, à l'appui de ses paroles, l'exemple d'une commune des Alpes-Maritimes, où « en 1902-1903, bien que toutes les femmes allaitassent leurs enfants, la mortalité infantile dans la première année avait été de

138 pour 1000, et pour les enfants de un à deux ans de 94 pour 1000 ». Cet exemple, joint aux nombreuses observations que notre maître avait eu l'occasion de faire à la Charité sur le sort ultérieur des enfants nés dans son service, prouve la nécessité d'une surveillance scientifique même chez les enfants nourris au sein. Puisque les mères sont assistées au moment de l'accouchement, pourquoi se désintéresser ensuite du sort de ces bébés, livrés à de malheureuses femmes qui, dans l'éducation de leurs enfants, pèchent plus par ignorance que par mauvaise volonté ?

C'est pour remédier à cet état de choses, afin de prévenir les fautes que les jeunes mères, mal conseillées par leur entourage, ne manquent pas de commettre, pour encourager l'allaitement maternel, empêcher un sevrage prématuré, le diriger s'il est inévitable, que les consultations de nourrissons ont été créées. Elles répondaient à un besoin urgent, car depuis leur naissance jusqu'au jour où ils pouvaient être admis dans les hôpitaux, les enfants ne recevaient pas de secours médical, et comme le dit Rivière : « Elever un enfant ne consiste pas seulement à le nourrir par telle ou telle méthode (toutes sont bonnes plus ou moins). Mais qu'il s'agisse d'allaitement au sein, d'allaitement mixte ou d'allaitement artificiel, il y a, avant tout, la manière, et cette manière est savante, méthodique, variable. Elever un enfant ne consiste pas seulement à le vêtir, il y a aussi la manière et cette manière est faite de nuances

délicates qui changent avec les saisons, avec les conditions de milieu, avec l'état même de l'enfant. Elever un enfant comporte enfin des soins d'hygiène variés et multiples qui ne peuvent être codifiés dans des formules trop rigides, mais qui doivent, au contraire, se prêter aux circonstances et tenir compte de très nombreux éléments. »

C'est en effet cette manière savante, méthodique, variable que les mères ignorent. Persuadées que les enfants nourris au sein sont exempts de tout accident, elles négligent les règles les plus élémentaires de l'hygiène, et ces accidents qu'elles croyaient éviter éclatent tôt ou tard. La fréquentation des consultations de nourrissons, si féconde en enseignements pratiques ; les leçons du professeur Budin, la lecture de ses œuvres, nous ont appris qu'ils étaient dus pour la plupart à des fautes évitables et provoqués par la surcharge alimentaire, par l'insuffisance de l'alimentation ou par une composition chimique du lait maternel.

I. — *La Suralimentation*

La suralimentation est le surmenage du tube digestif réalisé soit par une nourriture trop abondante pour la capacité de l'estomac ou le pouvoir digestif de ses glandes ; soit, sous l'influence de l'élévation de la température ambiante.

De là, deux sortes de suralimentation : la suralimentation réelle et la suralimentation relative.

a) *Suralimentation réelle.* — Jadis, l'on se préoccupait peu de la question de la suralimentation ; il semblait naturel de laisser l'enfant téter à son gré, et aussi longtemps qu'il le voulait.

Dugès écrivait : « Si l'enfant dépasse la mesure, l'estomac se débarrasse aisément du superflu inutile à sa nutrition par des régurgitations qui n'ont rien d'inquiétant, et qu'il ne faut pas confondre avec des vomissements réels et morbides. » Tarnier lui-même ne prêtait pas grande attention au rejet qui suit la tétée, cependant, plus tard, il déclara qu'il faut, dans certains cas, savoir rationner les enfants et ne pas les laisser téter autant qu'ils le veulent.

Actuellement tous les auteurs considèrent la suralimentation comme la cause clinique habituelle des troubles digestifs du nourrisson. La gastro-entérite des enfants nourris au sein est due à l'action des microbes endogènes, qui, habituellement inoffensifs, deviennent virulents, pathogènes sous l'influence de la surcharge alimentaire.

La mortalité par gastro-entérite, surtout fréquente le premier mois qui suit la naissance, proviendrait, d'après Maurel, d'une imperfection des organes digestifs à digérer même une quantité normale d'aliments, celle nécessaire aux besoins de l'organisme. Toutefois, nous ne pensons pas que la raison invoquée par le Dr Maurel soit la cause primordiale de la mortalité dans le premier mois. L'enfant, né à terme, bien constitué, de parents sains, est, sauf de rares exceptions, capable de digérer le lait de sa mère. Mais, si l'on

songe à l'exiguité de l'estomac à la naissance (40 centimètres cubes) ; à la durée de la digestion (une heure et demie à deux heures) ; si l'on pense enfin que le nouveau-né se trouve placé dans des conditions toutes nouvelles et spéciales ; que pendant la vie intra-utérine, il a suffi au fœtus d'assimiler des matériaux tout élaborés, tandis qu'après la naissance, c'est son tube digestif qui fonctionne (tube digestif dont le développement est encore imparfait), l'on comprendra que ce petit être, à cause même de son changement brusque de milieu, résistera moins et succombera facilement dans le premier mois de la vie plus souvent d'indigestion que d'inanition.

La principale cause de la suralimentation des nourrissons est l'irrégularité et le trop grand nombre des tétées. Demandez à une jeune mère à quelles heures et combien de fois par jour et par nuit elle donne le sein à son enfant ? Il est rare qu'elle réponde nettement ; elle-même fait trois repas par jour et à des heures déterminées, mais elle ne croit pas que cette régularité ait une importance quelconque pour son bébé. Elle n'attend pas d'être prise de nausées pour s'arrêter de manger et pourtant elle attend que le rejet se produise pour retirer son enfant du sein. En interrogeant plus longuement la jeune mère, on apprend qu'elle donne le sein tantôt parce que le « petit a faim » ou qu' « il a des coliques » ; tantôt pour calmer et endormir son nourrisson qui « crie tout le temps » ; d'autres fois enfin, lorsqu'elle en a le loisir. Et si le médecin demande combien de minutes

cet enfant reste au sein, on lui répond qu' « il y reste tant qu'il veut », « jusqu'à ce qu'il s'endorme ».

Pas de règles, telle est la règle générale, pourrions-nous dire. La seule loi qu'écoute la mère est le cri de l'enfant, qu'elle interprète plus souvent à tort qu'à raison comme un cri de famine, et elle allaite toutes les heures, toutes les heures et demie, avant que la digestion soit acçomplie, ne laissant aucun repos à l'estomac, préparant la dilatation de cet organe et ses conséquences.

Parfois, elle mettra le bébé au sein à des heures déterminées, mais les tétées régulièrement espacées, toutes les deux heures et demie le jour, et toutes les trois ou quatre heures la nuit, seront longues et copieuses ; le bébé sera laissé quinze, vingt minutes, une demi-heure au sein sous prétexte qu' « il n'a pas assez pris » et malgré l'intervalle observé entre les repas, leur durée excessive aboutit à la suralimentation.

Ou bien, en dépit de la régularité des tétées, de leur durée limitée à dix minutes, l'enfant présentera des troubles digestifs ; il s'agit alors d'un bébé glouton absorbant 100, 150, 170 grammes de lait en deux ou trois minutes. Ou bien encore l'enfant aura des indigestions parce que le lait sera trop riche en beurre : dans ce cas, la suralimentation provient non de la quantité, mais de la qualité du lait.

Enfin, certaines nourrices, gênées par des seins gorgés et douloureux, les donnent tous deux jusqu'à ce

qu'ils soient vidés, sans se douter du préjudice causé au bébé.

b) *Suralimentation relative.* — Ces cas répondent à la surcharge alimentaire réelle, alimentation disproportionnée au poids et à l'âge de l'enfant.

Il est une autre suralimentation causant de nombreuses victimes pendant les mois de chaleurs, nous voulons parler de la suralimentation relative bien étudiée par M. Maurel, de Toulouse, dans son livre l'*Hygiène du Nourrisson.*

Les chaleurs de l'été, écrit-il, en agissant sur l'intestin et le foie, modifieraient le milieu intestinal, et sous l'influence de ce nouveau milieu, les microbes habituels de l'intestin deviendraient pathogènes. A la condition de les comprendre, de les faciliter, ces modifications ne peuvent que nous être utiles, et elles ne doivent donner lieu à aucun phénomène morbide. Ceux-ci n'apparaissent au contraire que dans le cas où, loin d'aider ces organes, nous les contrarions dans leur évolution. Si donc sous l'influence des chaleurs, le milieu intestinal est modifié, il ne faut pas attribuer cette modification d'une manière directe à celle subie par les divers organes, mais à ce que nous n'avons pas su comprendre les conditions qui doivent faciliter leur évolution.

A la suite de nombreuses expériences faites sur des hérissons et des cobayes, le Dr Maurel conclut ainsi :

1° Chez des animaux dont l'alimentation est bien réglée, il suffit d'augmenter les aliments de un cin-

quième à un tiers sans modifier leur nature, pour produire des troubles digestifs et notamment la diarrhée ;

2° Par contre, il suffit de ramener l'alimentation de la même quantité au-dessous de la ration d'entretien sans changer ces aliments pour permettre aux organes digestifs de reprendre l'intégrité de leurs fonctions.

Donc, conserver en été la même alimentation qu'en hiver, c'est se suralimenter et s'exposer à la diarrhée. Or, n'est-ce pas là ce qui se passe pour les nourrissons ? Voit-on les mères diminuer l'allaitement au fur et à mesure que la température monte ? Nullement. Que l'enfant soit au sein ou nourri artificiellement, la quantité de lait absorbée reste la même, de sorte que la quantité qui représente la ration exacte pendant l'hiver devient de la suralimentation pendant l'été.

Les chaleurs de l'été agissent en produisant la suralimentation. Dans les conditions où se produit cette entérite de suralimentation, on ne saurait incriminer d'autres microbes que les endogènes. Ceux-ci deviennent pathogènes, mais sous quelles influences ? Les besoins de l'organisme étant diminués, les organes digestifs sont moins sollicités, les sécrétions diminuées et les liquides digestifs deviennent insuffisants pour digérer la totalité des aliments ingérés. Ceux-ci, non digérés, s'altèrent et créent dans le tube digestif les conditions capables d'augmenter le pouvoir

pathologique des microbes qui y restent ordinairement inoffensifs.

Quel que soit le mode de suralimentation, elle existe du fait que la ration alimentaire de l'enfant a été dépassée, c'est-à-dire lorsqu'il prend plus que ne l'exigent ses besoins en entretien et en accroissement, ou quand, lors de l'élévation de température une quantité moindre de calories lui est nécessaire.

Quelle est donc la ration alimentaire du nourrisson ? De nombreuses études ont été faites à cet égard, et bien que cette question ne se rattache qu'indirectement à notre sujet, on nous permettra de nous y arrêter pour montrer que cette ration, si difficile à déterminer, ne saurait jamais être exacte lorsque la mère est seule à diriger l'allaitement de son enfant. Il a été établi que par unité de poids, l'enfant émet par radiation un nombre de calories double de celui de l'adulte, soit 75 par kilogramme d'enfant, 39 par kilogramme d'adulte. Or 100 grammes de lait de femme fournissant 71 calories en moyenne, la ration alimentaire du nourrisson peut être approximativement fixée à 100 grammes de lait par kilogramme d'enfant. Telle est la conclusion qui ressort des travaux du Dr Maurel de Toulouse.

A la suite de nombreuses et persévérantes recherches, MM. les Drs Michel et Perret, dans un récent travail sur la *Ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans*, travail qui a fait l'objet d'un important rapport au Congrès d'hygiène alimentaire d'octobre 1906, en sont arrivés aux conclusions suivantes :

« Pour déterminer la grandeur de la ration d'entretien, nous sommes partis de ce principe... : que la défense de l'énergie est indépendante du poids corporel ou de l'âge, et proportionnelle à la grandeur de la surface corporelle. Lorsque l'on compare les rations d'équilibre de différents adultes... on constate qu'elles représentent un apport d'énergie égal à 14 ou 15 calories par décimètre carré. Il y avait lieu de rechercher, si, conformément au principe sus-énoncé, cette ration de 14 à 15 calories par unité de surface pouvait également suffire à l'entretien du nourrisson... Nous avons dû rechercher tout particulièrement les observations relatives aux nourrissons non suralimentés, à ceux dont le développement fut normal malgré l'apparente exiguité des rations lactées. Nous avons pu constater ainsi, et notamment d'après l'analyse de faits observés par MM. Budin et Planchon, que le nourrisson pouvait s'entretenir avec une ration voisine de 15 calories utiles par décimètre carré, et c'est cette valeur que nous avons admise à la base du calcul des rations d'entretien.

«... Pour calculer les rations d'accroissement, il nous fallait connaître la composition et la valeur énergétique moyennes des gains de poids... nous avons admis que la composition chimique de la matière de ces gains était à peu près identique à celle du corps du nouveau-né, soit par gramme :

Eau.	0,69
Sels minéraux . . .	0,0337

Azote	0,02179 = 0,139 d'albumine
Graisses	0,1175

« La valeur énergétique d'un gramme de substance ayant cette composition serait d'après nos calculs égale à 1 calorie 867.

« La somme des quantités de calories calculées comme il vient d'être dit pour l'entretien et l'accroissement, représenterait en énergie la valeur de la ration totale nécessaire à l'enfant. Mais les actes de la nutrition réalisent aussi des échanges matériels exigeant un apport de substances chimiques qui ne peuvent être quelconques... Nous avons été amenés à admettre le chiffre de 15 centigrammes par kilogramme corporel comme représentant la ration minima d'azote nécessaire à l'entretien du nourrisson... Quant à la quantité d'azote nécessaire à l'accroissement nous l'avons évaluée d'après la composition moyenne du corps du nouveau-né, soit 0,02179 par gramme de gain de poids.

« Après avoir ainsi pour chaque poids calculé les rations en énergie et en albumine, nous les avons traduites en lait de femme et en lait de vache. Pour le premier de ces laits nous avons tenu compte des variations de la teneur azotée au cours de la lactation. Les comparaisons des résultats inscrits dans ce tableau nous permet d'exprimer ainsi les relations existant entre les poids corporels et les rations correspondantes.

« Les rations de lait de femme qu'il conviendrait

de donner après le dixième jour à des enfants dont le poids croît de 1,5 à 12 kilogrammes, décroissent de 240 à 108 grammes par kilogramme de poids vif, soit du quart au neuvième du poids corporel.

	Poids corporel en grammes	Surface spécifique S/P	Ration théorique en lait de femme (en grammes)	Ration théorique en lait de vache (en centimètres cubes)
Prématurés	1.500	8,7	360	Pas de lait de vache
Prématurés	2.000	8	460	Pas de lait de vache
Prématurés	2.500	7,3	500	Pas de lait de vache
	3.000	6,8	550	260 c.c. lait ; 260 c.c. eau ; 45 gr. sucre
	4.000	6,1	640	410 » 200 » 30 »
	5.000	5,5	740	560 » 100 » 15 »
	6.000	5,1	830	700 c.c. lait pur
	7.000	4,8	920	770 » »
	8.000	4,6	1.000	830 » »
	9.000	4,4	1.070	900 » »
	10.000	4,3	1.140	960 » »
	11.000	4,1	1.220	1.020 » »
	12.000	4,0	1.300	1.080 » »

Allaitement au sein et allaitement artificiel après le dixième jour.

« Cette décroissance est parallèle à celle des surfaces spécifiques (surfaces de 1 kilogramme d'enfant), lesquelles s'abaissent de 8,7 (surface spécifique d'un enfant de 1500 grammes) à 4,6 (surface spécifique d'un enfant de 12 kilogrammes).

« Toutefois, ce parallélisme n'est pas rigoureusement mathématique parce que la ration totale se compose de deux rations partielles dont l'une, la ration d'entretien, est bien exactement proportionnelle à la grandeur de la surface corporelle, mais

dont l'autre, la ration d'accroissement, beaucoup plus petite que la première, est indépendante de la grandeur de la surface et diminue constamment avec l'âge... Les quantités de lait indiquées ici ne sauraient exposer l'enfant à la suralimentation, elles représenteraient plutôt des rations minima. Et si nous croyons qu'elles seront, dans la généralité des cas, l'expression de la ration la plus convenable au nourrisson, nous pensons aussi que chez certains enfants, dans le cours de la deuxième année, elles se montreront trop faibles. C'est ce que l'on observera sans doute, à l'aide de la balance, chez des sujets vigoureux et remuants, dépensant plus que d'autres... On devra alors, mettant en pratique la méthode d'augmentation progressive instituée par M. Budin, augmenter légèrement la ration prévue par nos calculs, soit par une simple addition de lait, soit par l'adjonction d'une petite quantité de farine présentée sous forme de soupe ou de bouillie. »

Telles sont les conclusions tirées du travail de MM. Michel et Perret. Comme on le voit ces auteurs se sont efforcés de fixer la ration minima, permettant au nourrisson de s'accroître normalement. En s'en tenant aux quantités de lait indiquées, on évite les conséquences de la suralimentation : « L'enfant qui ne prend pas assez de lait, peut ne pas augmenter, il peut même diminuer, mais il n'a pas de troubles digestifs ; dès qu'en lui donnant plus de lait, on arrive à la quantité nécessaire, on le voit rapidement s'accroître : telle est l'idée qui nous dirige. » (Budin. *Le Nourrisson*).

Cet aperçu de la suralimentation infantile et de la ration alimentaire du nourrisson permet de comprendre l'importance que pédiatres et accoucheurs accordent aux troubles digestifs engendrés par les vices de l'alimentation chez l'enfant.

On a souvent objecté que les accidents de l'allaitement au sein n'étaient point graves. Sans doute, ils le deviennent moins rapidement que dans l'allaitement artificiel ; mais si la période de tolérance est plus longue, il n'en est pas moins dangereux de s'endormir dans une fausse sécurité, car l'abus du meilleur des aliments peut devenir funeste. Chez les enfants nourris au sein et non surveillés, la mortalité par gastro-entérite est de 28 o/o, alors qu'elle est de 47 o/o chez ceux allaités artificiellement. Ce taux de la mortalité chez les enfants nourris au sein prouve que l'allaitement maternel n'est pas exempt de dangers, en dépit du lait pur et vivant absorbé par les bébés.

Comment se manifeste la suralimentation chez le nourrisson? Par des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée, des éruptions cutanées.

La régurgitation est le rejet qui suit immédiatement la tétée. Preuve évidente du trop plein de l'estomac, elle est constituée par du lait pur, non modifié. Maintes femmes attendent ce rejet pour éloigner l'enfant du sein ; pour ces mères, il signifie que le nourrisson a satisfait son appétit. En réalité, il est le signe clinique de l'insuffisance de l'estomac et de sa révolte, tout enfant qui régurgite ayant pris un

excès de nourriture, non seulement pour sa capacité digestive, mais encore pour les besoins de son organisme.

De cause mécanique, la régurgitation se produit de suite après la tétée, et la facilité du phénomène tient à la forme et à la situation presque verticale de l'estomac ; accidentelle, elle n'est pas inquiétante, mais quand elle devient habituelle, elle est un symptôme net d'une alimentation mal dirigée.

Le vomissement se produit vingt minutes ou une demi-heure après la tétée : le lait sort plus ou moins coagulé, dégageant une odeur acide, âcre, désagréable, due aux modifications subies par le lait au contact des sucs digestifs. A l'élément mécanique de la régurgitation s'est joint l'élément infectieux. L'estomac fatigué et surdistendu par des repas rapprochés ou copieux se vide mal, et les résidus de la digestion subissent des fermentations acides favorisées par la stase gastrique.

Après l'estomac, l'intestin souffre à son tour ; les troubles intestinaux dominent et sont caractérisés par la fréquence des garde-robes. Normalement, le nourrisson a deux selles par jour, sans mauvaise odeur au moment de la défécation, de couleur jaune d'or, homogènes, bien liées et de consistance moulée. Dès que le nourrisson est suralimenté, les selles perdent ces caractères, s'accroissent en nombre, deviennent liquides, de couleur jaune clair, ressemblent à du beurre fondu, et sont mêlées de grumeaux blanchâtres de caséine non digérée. Parfois, les garde-

robes se présentent sous la même forme que les vomissements, le lait étant rendu presque tel qu'il a été pris, à peine teinté par la bile. Dans ce cas, elles sont dites mal liées, mal digérées, alors que les premières sont dites graisseuses. Inodores, quand elles ne s'accompagnent pas de fermentations anormales, ces garde-robes dégagent une odeur nauséabonde lorsqu'il s'agit d'entérite infectieuse. Or l'entérite infectieuse s'installe facilement chez certains sujets, ceux-là sont rapidement sensibles à la suralimentation et si une hygiène sévère n'est point observée, si l'alimentation n'est pas réglée, l'enfant s'achemine vers la diarrhée chronique et l'athrepsie.

Enfin, les troubles gastriques s'accompagnent de manifestations cutanées diverses. C'est ainsi que certains enfants ont de l'eczéma de la face ; d'autres ont de l'érythème du siège, des cuisses et du ventre ; d'autres encore ont du muguet.

Tels sont les principaux accidents causés par une alimentation excessive et vicieuse ; pendant un temps, l'enfant augmente considérablement, l'assimilation se fait au maximum ; puis les organes digestifs surmenés accomplissent difficilement leur tâche, l'enfant baisse brusquement de poids et présente simultanément des vomissements et de la diarrhée.

2° *Insuffisance de la sécrétion lactée.*

En 1902, le professeur Marfan tirait d'une statistique faite dans sa clientèle privée les conclusions

suivantes : « Dans la pratique de la ville, parmi les femmes saines qui font une tentative d'allaitement, presque les deux tiers sont capables de faire de bonnes nourrices ; quant à l'autre tiers, les femmes qui le composent ne sont pas toutes des nourrices complètement insuffisantes. La proportion des mères saines vraiment dans l'impuissance physique d'allaiter ne dépasse guère 10 o/o. »

Le Dr Dunème qui étudia cette question dans sa thèse inaugurale s'exprime ainsi : « Les neuf dixièmes des femmes qui ne nourrissent pas au sein, n'ont aucun motif pour nourrir leurs enfants au biberon ; en réalité, elles laissent passer leur lait par mauvaise volonté, négligence ou ignorance. »

Enfin, dans une communication sur la durée de l'allaitement chez les femmes de la Consultation des Nourrissons de la Clinique Tarnier, le Dr Planchon a trouvé que sur 245 femmes ayant suivi cette consultation au moins sept mois, 158 n'ont donné que le sein à leur enfant, soit 64,4 o/o ; 73 n'ont pas eu assez de lait pour suffire à la nourriture de leur enfant, soit 29,8 o/o. Et 14 parmi ces 245 n'ont pas de lait du tout, soit 5,7 o/o.

Ces statistiques démontrent que rares sont les mères, incapables, au moins pendant les premiers mois de subvenir à l'alimentation de leurs enfants.

Toutefois, certaines nourrices sont insuffisantes, soit au début, soit au cours de l'allaitement, et cette insuffisance peut être ou passagère ou définitive.

a) *Insuffisance passagère au début de l'allaite-*

ment. — Normalement, la montée laiteuse se produit le troisième ou quatrième jour après l'accouchement. Mais la sécrétion lactée tarde parfois à s'établir et la nourrice peut ne pas avoir assez de lait pour nourrir son bébé. Dans ce cas, l'enfant doit être mis au sein, et stimulé par la faim, il exercera une succion énergique qui aidera puissamment à la montée laiteuse. Puis on complètera les tétées par du lait stérilisé, dont on diminuera la quantité au fur et à mesure que la quantité de lait fournie par la mère augmentera.

La sécrétion lactée peut être insuffisante plusieurs jours et même plusieurs semaines ; c'est dans ces conditions qu'il faut user de patience et de persévérance, savoir attendre et résister aux objurgations de la famille et ne jamais se hâter de conseiller l'allaitement artificiel, mais faire pratiquer l'allaitement mixte qui peut arriver à donner des résultats inespérés, ainsi que le prouvent les observations relatées dans l'*Obstétrique* par le Dr Perret (1901, p. 159). Cette insuffisance du début ne signifie pas que la mère sera une nourrice médiocre ou n'aura pas de lait du tout. C'est pour cela qu'il faut savoir attendre, donner d'abord le sein pour que le bébé y prenne tout ce que la glande est capable de fournir, puis compléter la tétée afin que l'enfant ne souffre pas de ce défaut d'alimentation.

Lorsque la nourrice est soumise à une direction médicale, l'enfant ne court aucun risque ; mais si la mère est livrée à sa propre initiative, l'enfant peut

souffrir, diminuer, et devenir malade, quand la mère persiste à ne vouloir donner que le sein. En général, cependant, la mère croit volontiers qu'elle ne pourra pas nourrir son bébé et si elle ne sèvre pas d'emblée son nourrisson, elle ajoutera néanmoins aux tétées une quantité considérable de lait de vache, très supérieure à celle nécessaire, et l'enfant aura les troubles digestifs décrits dans le chapitre précédent, troubles d'autant plus accentués qu'il s'agira d'un lait de qualité inférieure (stérilisé très rarement), le plus souvent employé tel qu'il est délivré dans les crémeries ou sous les portes cochères !

L'insuffisance primitive peut être la conséquence d'affections mammaires telles que crevasses, lymphangite, galactophorite et abcès du sein. L'enfant souffre si la glande saine ne fournit pas assez de lait, et les dangers de l'allaitement mixte ou artificiel sont à redouter.

b) *Insuffisance passagère au cours de l'allaitement.* — Plusieurs causes retentissent sur la sécrétion lactée et peuvent en diminuer l'abondance : telle est l'influence de certaines causes physiologiques, pathologiques ou morales.

Menstruation. — Nombreuses sont les nourrices qui voient revenir leurs règles. Tarnier écrivait que sur 100 nourrices observées par Mayer, les règles étaient revenues chez 25 femmes dans les six semaines après l'accouchement ; chez 20 dans les six suivantes ; chez 35 dans le reste de la première année. Dans la majorité des cas cette réapparition de la

menstruation n'est pas une contre-indication à l'allaitement. Le lait, généralement moins abondant pendant la période cataméniale, contient une plus grande proportion d'éléments solides et les corpuscules de colostrum s'y retrouvent. Durant ces quelques jours, l'enfant un peu agité, un peu criard, a des digestions moins faciles, parfois de la diarrhée et quelques éruptions eczémateuses. Puis, tout rentre dans l'ordre, le lait revient avec la même abondance qu'auparavant, reprend sa composition normale, tandis que l'enfant, dont l'accroissement s'était ralenti, se remet à augmenter normalement. Pourtant, certains bébés ne s'accommodent plus aussi bien du lait de leurs nourrices, ils le digèrent moins, et la nécessité s'impose de modifier l'alimentation, d'instituer l'allaitement mixte ou artificiel. Ce sont là des cas où l'intervention médicale doit trancher les difficultés ; c'est au médecin de diriger la jeune mère, afin d'éviter que toute faute dans l'hygiène alimentaire ne se répercute sur le nourrisson.

Grossesse. — Un vieux préjugé sévit encore dans le public : une nourrice enceinte ne doit plus allaiter son enfant sous prétexte qu'elle lui donne du mauvais lait. Et c'est ainsi que maintes femmes sèvrent leurs enfants, quel que soit leur âge, quelle que soit la saison ; et, lorsque ces enfants, du fait du changement de nourrice ou du changement d'alimentation, tombent malades, les mères ne manquent pas d'incriminer le mauvais lait absorbé ! Or, si le lait d'une nourrice enceinte provoque parfois des accidents

nécessitant le sevrage immédiat, le plus souvent l'analyse du lait ne révèle aucune modification appréciable et l'enfant continue à se bien porter. Nous avons vu, pendant notre stage à la Clinique Tarnier, une mère allaiter jusqu'au dernier moment de sa grossesse son enfant, sans que ce dernier parût en avoir éprouvé le moindre inconvénient. Le Dr Poirier qui a étudié cette question déduit de ses observations que dans 72 o/o des cas l'allaitement par une femme enceinte n'a déterminé aucun trouble chez les nourrissons, que dans 8 o/o il n'a pu tirer aucune conclusion rigoureuse et qu'enfin dans 20 o/o les enfants ont éprouvé des accidents.

Dans son livre du *Nourrisson*, le professeur Budin cite l'exemple d'une nourrice venue consulter à la Charité parce qu'elle se demandait si elle n'avait pas senti remuer. Son enfant étant très beau, elle ne pouvait pas croire être enceinte : elle était grosse de quatre mois et demi. L'analyse de son lait prouva que la composition en était absolument normale. Cette femme promit de revenir, mais se laissa convaincre de sevrer son enfant !

La mère craignant de donner un lait nocif à l'enfant, le rôle du médecin est de la convaincre qu'elle peut sans danger continuer l'allaitement. On a objecté que la quantité de lait fournie par une nourrice enceinte diminuant, l'enfant n'augmentait plus assez ; mais là encore, il appartient au médecin de juger d'après la courbe de poids, de la conduite à tenir.

La question que le médecin doit se poser est de déterminer si la jeune mère jouit d'une santé assez robuste pour supporter simultanément cette double cause de fatigue : la grossesse et l'allaitement ; sa préoccupation doit être d'empêcher un sevrage prématuré ou brusque, un allaitement artificiel mal compris.

Maladies aiguës. — Au cours de maladies aiguës telles que grippe, bronchite, etc... qui atteignent la mère nourrice, le lait diminue mais il remonte dans les seins, dès que la santé se rétablit, sauf toutefois de rares exceptions.

Enfants sages. — Comme le dit le professeur Budin, il convient de se méfier des enfants trop sages, qui dorment tout le temps, ne se plaignent jamais. Ces enfants prennent le sein avec mollesse, s'y endorment et n'absorbent pas la ration utile. Comme chez tous les bébés insuffisamment nourris, les mictions et les selles se font rares, et après être restés stationnaires, ces nourrissons baissent de poids et risquent de mourir d'inanition si l'on n'y veille pas.

Les mères heureuses du calme des enfants, calme leur permettant de vaquer à loisir à leurs occupations, ne s'inquiètent pas toujours de cette tranquillité qui peut devenir meurtrière. Ces nourrissons ont donc besoin d'être étroitement surveillés, stimulés par des frictions, par des bains si on veut éviter qu'ils s'affaiblissent chaque jour davantage. Enfin, et surtout, il faut s'assurer en les pesant avant et après la tétée, de la quantité de lait ingérée, et les remettre

au sein jusqu'à ce qu'ils aient pris ce qu'ils y doivent prendre.

3° *Composition chimique défectueuse du lait*

Normalement, le lait de femme contient par litre 15 grammes de caséine, 63 de lactose, 38 de beurre et 2,5 de sels.

Mais cette composition moyenne peut varier, et les nourrices sont très différentes les unes des autres. Certaines ont un lait exceptionnellement chargé en beurre, d'autres ont un lait pauvre en matières grasses, d'autres encore ont un lait riche en matières albuminoïdes en sels. Aussi le nourrisson tout en absorbant une quantité normale de lait, peut, du fait de la qualité de ce lait, présenter des accidents.

Lait riche en beurre. — A l'état physiologique, le lait n'a pas une composition constante en beurre, les quantités de beurre varient chez la même nourrice suivant la période de l'allaitement et avec celle de la tétée. Au début, le lait est peu chargé en beurre, au milieu de la tétée il l'est davantage et c'est à la fin qu'il en contient le plus. Chez les femmes qui ont une alimentation trop substantielle, qui abusent du régime carné, le lait qui coule au début et à plus forte raison celui de la fin de la tétée est trop gras. Certains laits contiennent 40, 45, 50 et même jusqu'à 70 grammes de beurre par litre. Quoique soumis à une hygiène alimentaire réelle, le nourrisson est suralimenté : d'où indigestions, troubles gastro-

intestinaux et manifestations eczémateuses. Au lieu d'augmenter, l'enfant dépérit et les accidents ne cessent qu'avec un changement de nourrice ou une modification dans le régime alimentaire de la mère.

Lait pauvre. — Parfois le lait ne contient que 20 à 25 grammes de beurre par litre. Dans ce cas, l'enfant tout en absorbant la quantité de lait proportionnée à son âge, est insuffisamment nourri, il crie, dort mal, a des garde-robes rares, des mictions fréquentes et il baisse de poids. Cette faible quantité de matières grasses du lait provient d'une alimentation défectueuse, pauvre en matières nutritives, de boissons ingérées trop abondamment ; aussi, suffit-il d'instituer un régime reconstituant, de réduire les boissons au minimum et de recommander à la mère de faire couler son lait avant de donner le sein à l'enfant, pour arriver à de bons résultats.

Lait riche en matières albuminoïdes. — Les variations du lait en matière grasse sont les plus fréquentes, mais un lait riche en matières albuminoïdes peut occasionner des accidents gastro-intestinaux nécessitant un changement de nourrice. Le professeur Czerny attribue même à l'excès de matières albuminoïdes la plus grande part des désordres dyspeptiques des nourrissons. M. Babeau, de Montpellier, rapporte l'observation d'une nourrice ayant eu trois grossesses régulières. Aucun de ses enfants ne put être alimenté au sein car chaque tétée était suivie de vomissements « contre lesquels l'hygiène et la thérapeutique demeuraient impuissantes ». D'autres nour-

rissons sans troubles gastro-intestinaux préalables présentaient les mêmes phénomènes dès qu'ils étaient mis au sein de cette nourrice, qui d'ailleurs avait une excellente santé. M. Babeau analysa le lait à plusieurs reprises et trouva que le chiffre des albuminoïdes oscillait entre vingt-cinq et trente-six grammes par litre. Il y avait aussi un excédent de graisses (Babeau, *Archives de Médecine des Enfants*. Juillet 1900).

Cette observation révèle en effet un excès de matières albuminoïdes, mais aussi un lait très chargé en beurre, et les accidents remarqués chez les nourrissons pouvaient être attribués aussi bien à l'excès de matières grasses qu'à celui de matières albuminoïdes.

Marfan et Leviseur signalent aussi le cas de diarrhée abondante et persistante chez un bébé de onze mois, diarrhée provoquée, comme le démontra l'analyse du lait de la mère, par une énorme quantité de sels minéraux, mais ces faits restent assez rares.

Passage de l'alcool dans le lait. — Nous venons de voir l'influence du régime alimentaire sur la teneur en beurre ; si le régime de la nourrice est à considérer, la question des boissons n'est pas moins importante à envisager. On est porté à donner des quantités immodérées de bière ou de vin aux nourrices sous le fallacieux prétexte qu'elles ont besoin de boire ou de se fortifier ; sans doute elles ont généralement soif, mais elles peuvent boire du lait ou de l'eau ; elles ont besoin aussi de manger suffisamment pour

subvenir à leur entretien et à celui du nourrisson. Mais ni la bière ni le vin ne les rendront bonnes nourrices, bien au contraire, le lait deviendra dangereux et pernicieux pour le bébé. Nous savons en effet que l'alcool ingéré passe dans le lait au bout d'une demi-heure ainsi que l'ont démontré les analyses de M. Nicloux, et ce lait alcoolisé est la source d'accidents graves chez l'enfant. Les observations relatées dans les auteurs sont caractéristiques à cet égard et établissent que l'insomnie, l'agitation et les convulsions n'ont souvent pas d'autre cause que l'intempérance de la nourrice.

Menstruation et grossesse. — La quantité de lait peut diminuer pendant ces divers états physiologiques ; au bout d'un certain temps, la nourrice menstruée ne peut plus nourrir seule son bébé et la nourrice enceinte voit aussi son lait diminuer. Mais le lait de certaines nourrices menstruées ou enceintes peut devenir nocif pour l'enfant sans qu'on puisse déterminer exactement à quoi est due cette intolérance. Des accidents éclatent, et obligent d'interrompre l'allaitement maternel.

Maladies aiguës fébriles. — Généralement, il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement pendant les états aigus fébriles bénins, si une hygiène rigoureuse est observée ; mais, dans ces circonstances, d'après les analyses du professeur Gautier, la caséine et surtout les sels du lait augmentent tandis que le sucre de lait diminue. De là, certains troubles chez le nourrisson, il suffit d'avertir l'entourage afin de

faire éviter les fautes que l'on est tenté de commettre en pareil cas, afin d'empêcher des résolutions hâtives toujours dangereuses pour le nourrisson.

Maladies chroniques. — Au cours des maladies chroniques la composition chimique du lait est modifiée en ce sens : le beurre et les sels augmentent, le sucre reste constant. Le lait en est-il mauvais ? Non, cependant il faut distinguer entre les maladies, car l'allaitement non préjudiciable à l'enfant peut être une cause d'affaiblissement pour la mère. Les albuminuriques peuvent nourrir, les cardiaques également, à condition que la lésion soit bien compensée ; mais il n'en est plus de même des mères tuberculeuses : ces dernières ne doivent pas nourrir ; car, en l'absence de lésions tuberculeuses de la glande mammaire, le bacille de Koch peut passer dans le lait (Compte rendu de la Société de Biologie. H. Roger et Garnier, 2 mars 1900). Si la tuberculose est reconnue pendant l'allaitement, l'enfant court de grands risques non seulement par la contagion, mais aussi parce qu'il est généralement sevré brusquement. Or, un sevrage brusque ne se produit jamais sans dommages pour le bébé ; sans doute, la santé de la mère est en jeu, mais l'existence du nourrisson est menacée, et c'est au médecin à diriger la mère, à ménager la santé de la nourrice et celle de l'enfant en remplaçant progressivement l'allaitement maternel par l'allaitement mixte, puis artificiel.

Emotions morales. — Sous l'influence de sentiments moraux dépressifs, le lait subit des modifica-

tions notables : le beurre diminue très sensiblement, le sucre et les sels minéraux diminuent ou restent constants, la caséine n'augmente pas, ou peu. Les émotions morales, les chagrins domestiques de longue durée sont incompatibles avec l'allaitement ; l'enfant; subissant le contre-coup des secousses morales de la mère, présente des troubles digestifs qui obligent, bon gré, mal gré, à pratiquer l'allaitement artificiel. Dans ces cas-là, non seulement le lait est pauvre en beurre, peu nourrissant, mais il devient toxique et n'est plus toléré par le bébé.

Les femmes nerveuses, facilement impressionnables, ne font pas de bonnes nourrices. Chez les femmes très sensibles, dit le professeur Budin, toutes sortes de causes peuvent amener des modifications dans la composition du lait et des troubles dans la santé des enfants ; c'est pourquoi certaines mères extrêmement nerveuses font de médiocres nourrices. Ainsi, l'influence des émotions morales diminue la quantité de lait, en altère la qualité et provoque des accidents chez le nourrisson.

Certains médicaments s'éliminant en partie par les glandes mammaires peuvent avoir une action toxique sur le nourrisson ; il faut y songer lorsque l'on se trouve en présence de troubles que l'on ne peut expliquer. Certains aliments ou condiments dont les principes volatils s'éliminent également, en partie, par la mamelle peuvent, soit dégoûter le nourrisson du lait maternel, soit provoquer des désordres intestinaux graves.

On connaît en effet les accidents provoqués par l'usage de gibiers, de viandes conservées, de coquillages et de crustacés ; le Dr Firmin cite le cas d'un enfant de six mois pris d'urticaire, de collapsus et de diarrhée violente après que sa mère eut mangé des coquillages ; le Dr Lesage a décrit également la diarrhée de chou. Les nourrices doivent donc s'abstenir le plus possible de médicaments et éviter l'usage de certains aliments.

CHAPITRE II

L'Allaitement au Sein chez les Débiles

L'alimentation des enfants nés prématurément ou en état de faiblesse congénitale offre des difficultés principalement pendant la période qui les sépare du poids des enfants nés à terme (3.000 à 3.250 grammes).

Il s'agit d'enfants pesant entre 1.500 et 2.500 grammes dont les organes sont incomplètement développés, la respiration faible, le tube digestif insuffisant, la température au-dessous de 37 degrés, et chez lesquels le moindre écart d'hygiène peut entraîner des conséquences graves. Cependant, on ne peut pas apprécier la vitalité des enfants débiles en se basant uniquement sur leur poids. On en voit, dit le professeur Budin, nés beaucoup avant terme, qui ont un poids notable, sont gras et cependant ne survivent pas. A l'autopsie, on trouve leurs organes incomplètement développés, leur appareil pulmonaire insuffisant et leur tube digestif ne permettant pas l'assi-

milation. D'autres au contraire, petits et maigres, sont vifs, s'agitent beaucoup, remuent et crient, leur appareil pulmonaire, leur tube digestif fonctionnent et bien qu'ils aient un poids inférieur à celui des enfants précédents, leur résistance est plus grande à cause de leur séjour plus prolongé dans la matrice. Donc, deux éléments de vitalité sont en jeu : le poids et la durée du séjour dans la matrice.

Dans la statistique de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph nous avons constaté 171 décès par débilité congénitale sur 1.000 morts d'enfants. Il est évident que ces enfants, infiniment plus fragiles que les autres, ont un taux de mortalité plus considérable mais toutefois ; ces morts sont en partie imputables aux nombreuses fautes d'hygiène, et si les enfants nés prématurément ou en état de débilite congénitale étaient rigoureusement surveillés, ils s'élèveraient en grand nombre. L'on a bien objecté jadis, que ces enfants n'arrivaient pas à être des enfants comme les autres, mais nous pouvons affirmer qu'il n'en est rien. Ces enfants élevés selon les règles de l'hygiène ont un développement physique et intellectuel aussi parfait, et deviennent de beaux enfants. M. Budin a cité des cas typiques.

Guéniot a décrit dans les termes suivants le débile : « Tout le corps est grêle, la peau molle et délicate est d'un rouge vif, uniforme, sa transparence laisse voir les vaisseaux sanguins qui la sillonnent. Les cris sans vigueur sont d'ordinaire aigus et monotones... La respiration est faible, peu sensible ; le

thorax pour ainsi dire immobile. Les mouvements des membres sont à la fois rares et sans vigueur. L'enfant plongé dans une sorte de torpeur n'a même pas la force de téter. Les muscles de la paroi buccale, de la langue et du voile du palais semblent insuffisants pour opérer la succion, la déglutition elle-même est souvent languissante. » Parfois même, les sécrétions salivaire, stomacale, pancréatique, biliaire, intestinale, sont imparfaites, de là une grande vulnérabilité du tube digestif, une prédisposition plus marquée aux troubles gastro-intestinaux.

Trois causes de mort guettent en effet le débile, qui, par son imperfection physique, est une proie facile : le refroidissement, une alimentation mal dirigée, les maladies contagieuses.

Nous ne parlerons pas ici du refroidissement, ni des maladies contagieuses. Ce qu'il est indispensable de retenir, c'est que tout débile qu'on laisse se refroidir a d'autant plus de chances de mourir qu'il est plus petit ; ces mauvaises chances s'élèvent, écrit le professeur Budin, à 98 o/o s'il pèse moins de 2.000 grammes et si la température est égale ou inférieure à 32 degrés.

C'est en 1895 que le professeur Budin, alors chef de service à la Maternité, fit ses premières recherches sur la manière d'alimenter les enfants débiles. Actuellement, grâce à ses travaux et à ceux de ses élèves, les questions relatives à l'alimentation des débiles sont connues, mais il est évident que si les enfants nés dans les Maternités sont l'objet d'une

étroite et rigoureuse surveillance, il n'en est plus de même de ceux nés en ville, qui continuent à mourir, bien souvent parce que les mères n'ont pas été dirigées par un médecin.

Le débile doit être nourri au sein, car il ne peut supporter un lait animal dont la composition diffère de celui de la femme. Plus difficilement assimilable, le lait de vache ne convient pas (surtout pendant les premiers jours qui suivent la naissance) au débile dont les sucs digestifs sont peu actifs.

Deux périodes sont à considérer dans l'alimentation du débile : la première qui comprend les dix premiers jours de sa vie et où il atteindra 1.800 à 2.500 grammes ; la seconde où il acquerra le poids d'un enfant né à terme : 3.000 à 3.250 grammes.

Dans la 1re période, et d'après les observations cliniques rigoureuses du professeur Budin, les quantités de lait à donner aux débiles sont nettement indiquées, et nous les résumons dans le tableau suivant :

	Enfants pesant moins de 1800 gr.	Enfants pesant de 1800 à 2200 gr.	Enfants pesant de 2200 à 2500 gr.
2e jour	115 gr.	128 gr.	180 gr.
3e »	160 »	175 »	236 »
4e »	210 »	226 »	295 »
5e »	225 »	308 »	335 »
6e »	250 »	324 »	370 »
7e »	280 »	335 »	375 »
8e »	285 »	350 »	385 »
9e »	310 »	380 »	415 »
10e »	320 »	410 »	425 »

Après le dixième jour, la ration lactée minima convenable au prématuré pesant plus de 2.200 grammes serait, d'après les observations cliniques de M. Budin, à peu près égale au cinquième du poids corporel. Mais encore y a-t-il lieu de considérer la manière dont le prématuré assimile, car ses glandes digestives ne sont pas toujours capables de le faire digérer.

Plusieurs difficultés surgissent quand il s'agit de l'alimentation d'un débile.

Tout d'abord, il peut ne pas avoir la force de téter, et le lait de la mère ne monte pas dans les seins ; ou bien il peut téter mais pas assez activement pour exciter la glande et la mère voit disparaître son lait. Ou bien enfin, il tète suffisamment mais digère mal par insuffisance des sucs digestifs. Ce sont autant de difficultés qui entravent l'allaitement, le rendent pénible et bien des femmes rebutées abandonnent l'allaitement au sein pour recourir à l'allaitement artificiel, croyant ou qu'elles n'ont pas de lait, ou que leur lait ne vaut rien pour leur enfant. Or, les premiers jours surtout, le lait de vache est presque fatalement mortel au débile, ce lait qui contient plus de caséine et moins de lactose que le lait de femme, qui n'est pas donné avec des garanties suffisantes, peut entraîner des troubles gastro-intestinaux qui triompheront rapidement du peu de résistance du débile.

Moins que tout autre, le débile ne peut supporter l'allaitement artificiel, il lui faut donc le lait de

sa mère si l'on veut avoir la chance de le sauver. Si l'enfant ne tète pas, la mère doit tirer son lait et le faire prendre à la cuiller ; si la déglutition est imparfaite il faut gaver l'enfant ; si la succion n'est pas assez énergique, il faut mettre le débile au sein d'une bonne nourrice dont le lait coulera sans effort dans la bouche du bébé ; et, pour assurer la montée laiteuse chez la mère, on mettra au sein de cette dernière un nourrisson fort et vigoureux qui tétant avec force aidera à l'établissement de la sécrétion lactée.

Ces soins sont parfaitement exécutés dans les maternités où le personnel hospitalier est habitué à les rendre ; il est loin d'en être de même dans le public, aussi la nécessité d'une direction médicale se fait-elle encore impérieusement sentir.

Relativement à leur poids, les débiles sont des « suralimentés ». D'après MM. Perret et Michel, le prématuré, par unité de surface, consomme des quantités d'énergie sensiblement égales à celles du nourrisson normal ; or, les enfants observés par M. Budin et dont nous avons donné plus haut le tableau relatif à la ration lactée, étaient maintenus dans une couveuse à 26 degrés. Les enfants normaux vivent dans une atmosphère de 18 à 20 degrés ; pour vivre à cette même température, les prématurés auraient dû théoriquement ingérer par unité de surface une quantité d'énergie de 2 calories environ supérieure à celle qu'ils ont prise dans la couveuse.

M. Budin, avec les rations énoncées ci-dessus, a vu se développer, sans troubles digestifs, les prématurés

qui consomment pour leur entretien par unité de surface, des quantités d'énergie sensiblement égales à celles trouvées par MM. Michel et Perret chez le nouveau-né à terme, c'est-à-dire des quantités qui s'élèvent progressivement de 5 ou 6 à 13 ou 14 calories du deuxième au dixième jour.

Les rations d'un prématuré et d'un enfant né à terme sont sensiblement identiques lorsqu'on les rapporte à l'unité de surface, leur égalité subsiste-t-elle lorsqu'on les rapporte à l'unité de poids ?

« Nous n'avons pour cela qu'à comparer les surfaces spécifiques des prématurés avec celle du nouveau-né normal, pesant environ 3.000 grammes.

Poids des enfants	Surface	Surface spécifique S/P
3.000	20,58	6,8
2.500	1,29	7,3
2.000	16,00	8,3
1.500	13,125	8,7

Ces chiffres nous montrent que la surface correspondant à l'unité de poids est d'autant plus petite que l'enfant est lourd. Il en résulte que la ration rapportée au kilogramme corporel doit être plus élevée chez le prématuré que chez le nourrisson né à terme. Il en est ainsi dans la pratique, puisque nous voyons qu'un prématuré de 2.500 grammes prend en moyenne 500 grammes de lait de femme soit 200 grammes par kilogramme alors qu'un nourrisson de 4 kilogrammes en prend environ 660, soit 165 par kilogramme.

Toutefois, cette hypothèse entraînerait aussi cette

conclusion que la ration rapportée au kilogramme de poids doit être d'autant plus grande que l'enfant est plus faible. Si l'on réfléchit que les organes digestifs sont vraisemblablement d'autant moins développés que le prématuré est plus chétif, on n'accordera de valeur aux estimations précédentes que pour les enfants d'un poids égal à 2 kilogrammes. Chez les enfants plus faibles, le besoin alimentaire n'est plus réglé par les mêmes facteurs physiologiques ; les soins dont on les entoure pour les protéger contre la perte de calorique, soins qui sont d'autant plus nécessaires que ces enfants sont plus faibles, permettent de réduire notablement la ration d'énergie d'entretien par rapport à ce qu'elle est chez les nourrissons plus vigoureux ; les organes digestifs, s'ils sont insuffisamment développés, bénéficient d'ailleurs de cette diminution relative (*Ration alimentaire du nourrisson.* Michel et Perret).

Par le bref aperçu que nous venons d'exposer de la ration alimentaire de l'enfant débile, nous voyons que la question d'alimentation est d'une réelle importance, et qu'elle ne souffre pas de fautes même les plus légères.

Or, la mère, qui n'est soumise à aucune surveillance médicale, ne sait point les dangers que court son bébé. Elle voit son enfant chétif, malingre, plus petit que les autres, et son seul désir est de le voir augmenter rapidement. Aussi que fait-elle ? Elle lui donne le sein à chaque heure, à chaque demi-heure,

espérant que prenant souvent de la nourriture il profitera d'autant plus vite.

Lorsque l'enfant tète mal, il est insuffisamment nourri, et la mère pour remédier à cet écueil donne du lait de vache qui provoque chez le bébé des troubles gastro-intestinaux rapides.

La suralimentation est, comme toujours, la faute la plus fréquente et aussi la plus grave. Elle se traduit par des vomissements, par de la diarrhée, des selles abondantes, mal digérées, une augmentation trop rapide de la courbe de poids, puis une chute non moins rapide.

L'insuffisance de l'alimentation est une faute moins grave, si la mère sait résister à la tentation de donner du lait de vache, et surtout si l'allaitement est surveillé. Mais, cliniquement, l'insuffisance se traduit par deux signes : d'abord l'état stationnaire, puis la chute de poids en dehors de toute cause pathologique ; enfin les accès de cyanose qui en se répétant peuvent amener la mort.

L'alimentation des enfants nés prématurément présente donc un double écueil : la suralimentation et l'insuffisance de la nutrition. Moins résistants que les enfants nés à terme, il est nécessaire que ces enfants soient soumis à une surveillance scientifique étroite, afin d'éviter les fautes qui, chez eux, ne pardonnent point. Il faut que les débiles soient nourris dans une juste mesure, et c'est cette juste mesure que les mères ignorent.

CHAPITRE III

Fréquence des Accidents dans l'Allaitement au Sein

Le rapport de M. Monod sur les enfants assistés, en 1898, établit que les enfants nourris au sein meurent de gastro-entérite dans la proportion de 28 o/o. Si nous comparons cette statistique à celle des enfants nourris au sein et surveillés, nous verrons que la mortalité par gastro-entérite chez ces derniers est infiniment moindre, pour ne pas dire nulle.

Nous détachons à cet effet, de la communication du professeur Budin à l'Académie de médecine (1), la statistique suivante :

« La Consultation du vendredi a été depuis l'époque où nous sommes à la clinique Tarnier, c'est-à-dire depuis mars 1898, suivie par 712 enfants ; 26 ont succombé, ce qui fait une proportion de 36 o/oo.

1. Budin et Planchon. Académie de médecine, 5 janvier 1904, p. 58.

« Mais les statistiques de la ville de Paris portent sur douze mois ; les enfants sont restés chez nous neuf mois et demi en moyenne ; pour un séjour d'une année de 365 jours par conséquent, notre mortalité serait donc de 46 o/oo.

« A Paris, pendant les années 1898, 1899, et 1900 en déduisant du chiffre des naissances le nombre des enfants qui ont été envoyés en nourrice hors de la capitale, il y a eu 20.282 décès de 0 à 1 an sur 113.000 enfants, c'est-à-dire une proportion de 178 o/oo.

« De quoi sont morts nos enfants ? Voici l'énumération des causes :

« Affections pulmonaires : 10 (nos 1313, 1325, 1457, 1566, 1603, 1853, 1881, 1953, 2239, 2341).

« Rougeole : 5 (nos 1038, 1094, 1097, 1304, 1462).

« Coqueluche : 2 (nos 1257, 1996).

« Variole hémorragique 1 (no 804 *bis*).

« Méningite et convulsions : 5 (nos 874, 1032, 1456, 1717, 1996).

« Mère et père alcooliques : 1 (no 1002).

« Gueule-de-loup : 1 (no 1390).

« Syphilis congénitale : 1 (no 1008).

« Comparons nos chiffres à ceux de la ville. La mortalité par affections du tube digestif a été, pour Paris, de 69 o/oo pour les enfants élevés au sein et artificiellement ; chez nous, elle est égale à zéro.

« La mortalité par affections pulmonaires a été

dans la ville de Paris de 32 o/oo ; chez nous, elle a été de 17 o/oo.

« La mortalité par affections contagieuses : variole, rougeole, scarlatine, grippe, diphtérie, coqueluche, a été de 10,5 ; chez nous elle a été de 13,8 o/oo.

« Pour les autres causes, la mortalité de la ville de Paris a été de 65,6 ; à notre consultation, elle a atteint le chiffre de 13,8 o/oo. »

Tels sont les résultats publiés par le professeur Budin. Comme il est facile de s'en rendre compte, ces chiffres montrent les bienfaits d'une surveillance médicale dans l'allaitement au sein, puisque la mortalité infantile totale a été pour ces enfants nourris au sein et surveillés de 46 o/oo au lieu de 178 o/oo, et que sur ces 46 décès, aucun n'a été la conséquence d'accidents digestifs.

Les accidents gastro-intestinaux sont-ils très fréquents dans l'allaitement au sein ? Sans doute les mères qui ne sont soumises à aucun contrôle médical commettent des fautes sans les soupçonner, nous ne pouvons établir de statistiques pour cette catégorie, mais les 28 décès sur 100 prouvent que ces fautes sont graves et engendrent de funestes conséquences.

Des femmes qui suivent la Consultation, les unes y viennent assez tôt pour que leurs enfants n'aient pas le temps de souffrir de leurs erreurs, quelques-uns sont simplement mal réglés, tètent trop souvent ou trop longtemps, d'autres ont des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée. Leur état

légitime parfois la rentrée de la mère et de l'enfant à la Clinique afin de fixer l'alimentation du bébé et pour instruire la jeune mère.

D'autres femmes viennent à la consultation tardivement ; généralement ces dernières ne se décident à la fréquenter que si l'enfant n'augmente plus à leur gré et alors qu'elles ont commis des fautes qui rendent le rétablissement du bébé, long, pénible et difficile.

Nous avons fait, sur les registres de la consultation du vendredi à la clinique Tarnier, le relevé de 352 enfants nourris au sein et amenés à la consultation deux mois au plus après leur sortie de la clinique, pour établir leur moyenne d'augmentation pendant cette période d'allaitement non surveillé, la fréquence des accidents présentés pendant cette période, et le nombre d'enfants mal réglés.

Nous avons trouvé que sur ces 352 enfants : 145 (41,2 o/o) avaient eu une augmentation normale de poids, c'est-à-dire un accroissement moyen de 15 à 30 grammes par jour.

102 (28,7 o/o) avaient augmenté de plus de 30 grammes par jour.

64 (18,1 o/o) avaient eu un accroissement insuffisant, variant entre 0 et 14 grammes par jour.

Enfin 41 (11,6 o/o) avaient diminué.

Ainsi, sur ces 352 enfants, 145 (41,1 o/o) ont augmenté normalement, et 207 (58,8 o/o) ont présenté un accroissement trop considérable, insuffisant ou ont diminué (Fig. 1).

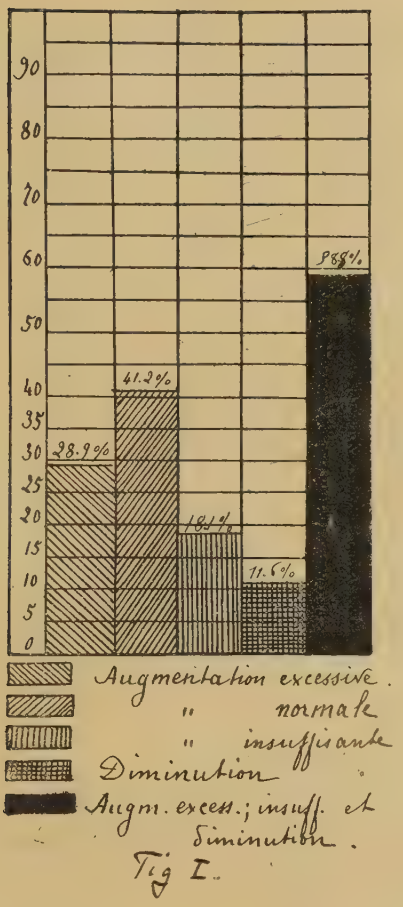


Fig I.

Cette étude prouve que plus de la moitié de ces enfants, nourris au sein par leur mère, n'ont pas augmenté d'une façon normale, du jour de la sortie de la Clinique à celui de l'inscription à la consultation, et cela, parce que pendant ce laps de temps la mère n'a plus suivi les conseils qui lui avaient été donnés, et qu'elle a eu seule la direction de l'allaitement.

Est-ce à dire que ces 207 enfants dont l'accroissement a été supérieur ou inférieur à la normale, ont présenté des accidents au moment de leur inscription à la consultation ? Certainement non, mais du fait même de cette augmentation anormale ou insuffisante, ou de leur diminution, ces enfants auraient pu devenir souffrants, dans un temps plus ou moins long, si leur alimentation n'avait pas été surveillée et contrôlée par le médecin.

Sur ces 352 enfants, nous en avons trouvé 78 dont l'alimentation était mauvaise ou souffrants des fautes de leur mère, ce qui fait une proportion totale de 22,2 o/o.

Si maintenant, nous recherchons la proportion d'enfants souffrant de troubles digestifs ou soumis à une alimentation mal réglée pour chacun des groupes que nous avons envisagés, nous arrivons aux résultats suivants :

Sur les 102 enfants suralimentés, 24, le jour de leur inscription à la consultation, avaient un état de santé laissant à désirer, ou n'étaient pas bien réglés : soit 23,5 o/o.

Sur les 145 ayant eu un accroissement normal, nous en avons trouvé 28, soit 19,3 o/o.

Sur les 64 dont l'augmentation était insuffisante, 12, soit 18,7 o/o.

Enfin sur les 41 enfants ayant diminué, 14, soit 34,1 o/o.

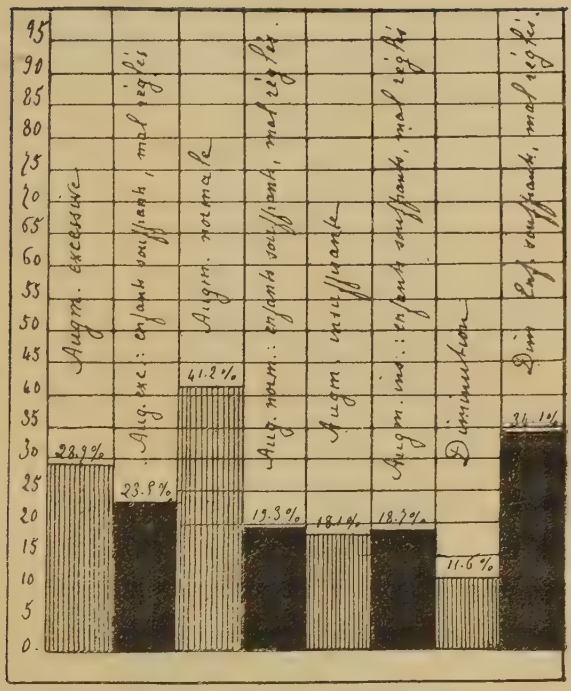


Fig. 9.

Dans le tableau ci-dessus, nous avons figuré en colonnes claires la proportion o/o d'enfants ayant eu une augmentation excessive, normale, insuffisante ou ayant diminué, et dans les colonnes sombres, la proportion d'enfants souffrants ou mal réglés sur 100 dont l'augmentation a été excessive, normale, insuffisante ou ayant diminué.

Nous avons ensuite cherché, pour chaque groupe, la proportion pour 100 d'accidents ou de fautes produits suivant que les enfants avaient été amenés à la

consultation du premier au dixième jour après la sortie de la clinique, du onzième au trentième jour, du trentième au soixantième et nous avons trouvé :

Du 1er au 10e jour

	Nombre d'enfants	Enfants ayant présentés accidents ou mal réglés	Moyenne
	—	—	—
Augmentation excessive...	40	8	20 o/o
» normale....	45	8	17,7 o/o
» insuffisante.	32	5	15,6 o/o
Diminution.....	33	11	33,3 o/o

Du 11e au 30e jour

Augmentation excessive...	57	14	24,5 o/o
» normale....	75	15	20 o/o
» insuffisante.	23	6	26 o/o
Diminution.....	12	3	25 o/o

Du 30e au 60e jour

Augmentation excessive...	6	0	0
» normale....	23	5	21,7 o/o
» insuffisante.	7	0	0
Diminution.....	0	0	0

Nous pouvons ainsi constater que sur 150 enfants amenés du premier au dixième jour, 32 ont présenté des accidents ou ont eu un défaut de réglage, une alimentation mal comprise, ce qui fait une proportion de 21 o/o ; 167 enfants ont été amenés du onzième au trentième jour ; 38 n'ont pas été bien soignés, soit 22,7 o/o ; 36 ont été amenés du trentième au soixantième jour ; 5 seulement étaient mal réglés ou malades, soit 14,9 o/o.

La figure 3 ci-dessous reproduit ces proportions.

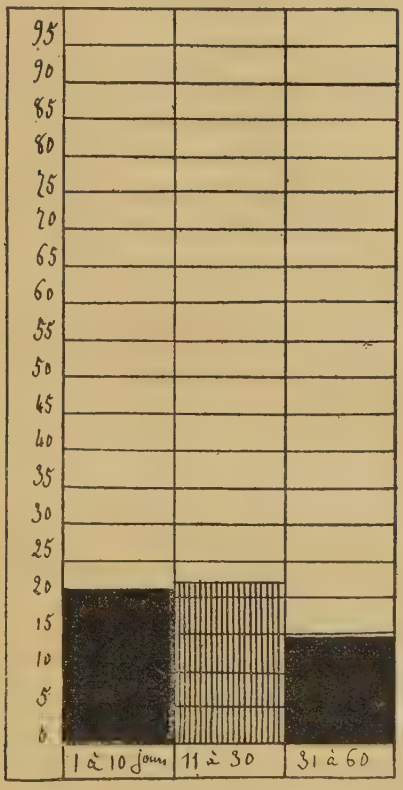


Fig. 3.

L'étude que nous avons faite en compulsant les registres du vendredi, de la Clinique Tarnier, nous a appris que sur ces 352 enfants nourris au sein, 20 n'avaient pas reçu une quantité de lait maternel suffisante. Il a donc été recommandé à ces mères d'ajouter un complément de lait stérilisé aux tétées insuffisantes ; mais, dans la plupart de ces cas, nous avons pu constater que cette insuffisance était pas-

sagère et qu'après une ou quelques semaines, la mère était redevenue suffisante.

Enfin, certains de ces enfants ont été repris dans le service pour quelques jours, ce sont ceux dont le tube digestif fonctionnait mal, qui présentaient des accidents graves, et que l'on ne pouvait laisser sans danger à la seule initiative de la mère.

Cette étude (1) de la fréquence des fautes d'hygiène alimentaire et des accidents qui leur sont imputables, chez les enfants entrés à la Consultation moins de soixante jours après la sortie de la Clinique, prouve que l'allaitement au sein n'offre pas une sécurité absolue, et encore, dans les conditions où nous nous sommes placée, il s'agissait d'enfants dont les mères avaient déjà reçu une certaine éducation maternelle pendant les jours passés à l'hôpital : on peut ainsi comprendre de quelle manière les femmes qui n'ont jamais reçu de conseils s'acquittent de leurs devoirs de mères. Aussi est-il de toute nécessité qu'une surveillance médicale intervienne pour empêcher des fautes regrettables, aider les mères, et faire disparaître ainsi la mortalité par gastro-entérite chez les enfants nourris au sein.

Quel est le rôle de la surveillance médicale dans l'allaitement au sein, en quoi consiste-t-il, c'est ce que nous allons établir dans le chapitre suivant.

---

1. Cette étude a été faite sur les registres de la Consultation des Nourrissons de la Clinique Tarnier, du n° 2489 au n° 2970.

CHAPITRE IV

Rôle de la Surveillance médicale dans l'Allaitement au Sein

Nous avons montré jusqu'ici que des fautes étaient commises dans l'allaitement au sein et que des accidents pouvaient en résulter. L'hygiène alimentaire ayant, dans la première enfance, une importance capitale puisque, de son observation ou de son inobservation dépendent la santé et la vie du nourrisson, la surveillance médicale de l'allaitement constitue le seul moyen efficace de remédier à ces fautes, à ces accidents, imputables en majeure partie à l'ignorance des mères.

L'allaitement au sein est, évidemment, le mode d'alimentation qui offre la sécurité la plus réelle pour la santé du nourrisson ; cependant, cette sécurité n'est pas absolue, et un enfant nourri au sein peut, quoi qu'on dise, devenir malade et succomber parce que sa mère n'aura pas su le soigner.

Pour lutter contre la mortalité infantile, il est

nécessaire de faire l'éducation de la mère et de surveiller l'enfant. Puisque la vie de l'enfant est subordonnée à la manière de faire de la mère, il faut montrer à cette dernière la bonne voie pour qu'elle la suive, lui enseigner ce qu'on a négligé de lui apprendre, l'initier à ce métier de mère qu'elle ignore, prévenir ses fautes, en un mot la diriger.

Les Consultations de Nourrissons, véritables écoles des mères, ont été créées par notre maître, le professeur Budin, pour surveiller cet allaitement maternel et faire l'éducation des mères : « La leçon de choses que ces mères y reçoivent prend l'aspect le plus saisissant, parce qu'elle a pour objet un petit être adoré, une créature de chair et de sang, sur qui peut directement réagir la moindre faute de régime. » La mère s'accoutume à tenir compte des indications de la balance, elle examine et consulte la courbe avec intérêt. Peu à peu pénètre en elle le nouvel enseignement, et le sentiment de sa responsabilité s'élargit en même temps que sa compréhension de l'élevage artificiel (Strauss. *Dépopulation et Puériculture*). Cette œuvre se poursuit en France et à l'étranger, gagnant chaque jour en étendue et en importance à mesure que les résultats en sont plus connus et, partant, plus appréciés.

On a dit, jadis, que l'on faisait perdre le temps aux mères en pesant chaque semaine des bébés qui augmentaient bien ; on a dit aussi que les mères fréquentaient les consultations, attirées par l'appât d'une layette, la distribution de lait, ou d'un paquet

de farine ! Nous ne partageons pas cette opinion. Si les mères suivent la consultation un an et même deux ans régulièrement, ce n'est certainement pas pour le plaisir de perdre leur temps ou pour obtenir une layette, mais bien parce qu'elles ont conscience de leur inexpérience, de leur manque de savoir : elles y viennent parce qu'elles sont soucieuses d'élever leurs enfants selon les règles de l'hygiène ; elles y viennent parce qu'elles veulent conserver la santé de leurs enfants auxquels elles sont d'autant plus attachées qu'elles les nourrissent elles-mêmes.

Si l'allaitement maternel se faisait à souhait, la surveillance médicale n'aurait pas sa raison d'être. Mais il est loin d'en être ainsi et il suffit d'assister aux consultations pour se convaincre que le médecin a souvent à intervenir et à modifier la manière de faire.

Les mères ont une tendance marquée à suralimenter leurs enfants. Elles sont peu disposées à croire que les bébés nourris au sein puissent recevoir une alimentation trop abondante, encore moins à penser que les troubles digestifs proviennent presque toujours d'une alimentation mal réglée ou d'un excès de nourriture. On objectera que certains enfants supportent bien une alimentation excessive, et subissent même un véritable entraînement, à ce sujet. Nous avons vu, en effet, des courbes dépassant de beaucoup la courbe normale sans que les enfants parussent en éprouver d'inconvénients. Les mères sont très fières de ces augmentations et ne

sont pas convaincues lorsque le médecin, inquiet, leur recommande de faire attention, de restreindre les tétées. Puis un jour, l'enfant a des placards d'eczéma, de l'érythème du siège, des vomissements, de la diarrhée, et la mère est obligée de reconnaître que le médecin avait raison.

Il semblerait que les femmes accouchées dans les Maternités dussent conserver le souvenir des leçons pratiques qu'elles y ont reçues pendant leur séjour. A quelques-unes, intelligentes et attentives, les leçons sont profitables, mais combien d'autres les oublient ! Reprises par les travaux du ménage, par les soins à donner aux aînés, absorbées par les soucis multiples de la vie, elles négligent les avertissements ou les recommandations qui leur ont été faits. En admettant qu'elles essaient de mettre en pratique ce qu'elles ont vu faire, elles se heurtent aux exclamations, aux récriminations des vieux parents ! Ceux-ci, imbus des préjugés d'autrefois, manquent rarement de hausser les épaules, de s'écrier que de leur temps, on ne faisait point tant de manières, et que, néanmoins, les enfant s'élevaient bien... Enfin il y a les voisines, les commères, toujours avides de donner leurs avis plus souvent écoutés que ceux du médecin ; la routine et les préjugés triomphent, les mères laissent les règles de côté, commettent des fautes, puis amènent l'enfant au médecin alors qu'il est très malade.

Une fois, par hasard, la mère pèsera bien son enfant chez le boulanger, ou chez le pharmacien,

mais que saura-t-elle de plus ? qui lui indiquera ce poids ? aura-t-il pour elle une signification quelconque ? saura-t-elle si le bébé pèse trop ou pas assez ? si elle doit varier sa manière de faire ! Nous pouvons affirmer que la mère ne sait pas interpréter les indications de la balance, et que son souci étant de voir « profiter » le plus possible son enfant, elle lui donnera toujours une ration de nourriture supérieure à celle nécessaire.

Ainsi, elle ne laissera pas à l'estomac le temps de digérer, encore moins celui de se reposer, et elle préparera, sans s'en douter, l'éclosion de troubles digestifs, parce qu'elle ne se rend pas compte des besoins de son enfant, parce qu'elle ne comprend pas la différence qui existe entre un enfant et un adulte.

En résumé, ce manque total de connaissances, et aussi une réflexion et un jugement peu développés aboutissent à des fautes qui, en se répétant, sont préjudiciables à l'enfant.

Pour y remédier, il faut que le médecin pense à la place de la mère, la dirige, lui montre les fautes qu'elle a faites, celles qu'elle doit éviter, la prévienne et lui réitère souvent, et sans se lasser, les mêmes recommandations.

Si donc, l'enfant est suralimenté, le médecin insiste sur la nécessité de restreindre la durée des têtées, sur celle de les régler ; il donne ainsi maints conseils dont la mère tire profit pour le maintien de la santé de son enfant. Surveillés, les nourrissons n'ont

pas le temps de devenir malades, car aux premiers indices d'une suralimentation défectueuse le médecin intervient pour rétablir une santé qui menace d'être compromise.

La surveillance médicale permet donc de soustraire le nourrisson aux accidents de la suralimentation. Un autre de ses bienfaits est d'empêcher le sevrage prématuré au début de l'allaitement, sevrage qui est le prélude de lourdes fautes de la part de la mère, et la source d'accidents graves, parfois mortels pour le nourrisson. Nombreuses sont les nourrices dont le lait diminue au moment où elles reprennent leurs occupations. Ces mères n'attribuent pas cette diminution de la sécrétion lactée à sa vraie cause, la fatigue à laquelle elles sont plus sensibles, étant donnés les quelques jours de repos passés à l'hôpital. Elles se persuadent qu'elles feront de mauvaises nourrices et craignant que l'enfant soit privé de nourriture, elles ne résistent pas au désir de lui donner un biberon avant la têtée ou pour la compléter, puis elles en donnent deux... puis trois... Leur lait s'en va d'autant plus vite que l'appel est moindre ; l'enfant ayant pris le biberon n'a plus d'appétit lorsqu'on lui présente le sein et s'en déshabitue. Au bout de quelques jours, ne trouvant plus rien dans les seins de sa mère, l'enfant est sevré, mis à l'allaitement artificiel, non surveillé.

Ne sachant pas les rations de lait à donner, la mère en fera absorber une quantité considérable, 1 litre, 1 litre 1/2, et ce lait de qualité douteuse,

bouilli ou non bouilli, rarement stérilisé sera administré à l'aide d'un biberon dont la propreté laissera souvent à désirer, pour ne pas dire toujours.

Si l'allaitement est surveillé, ces fautes graves sont évitées, et l'enfant préservé du sevrage. Nous savons en effet que ces insuffisances du début de l'allaitement ne sont pas forcément durables, et qu'il suffit pendant une ou plusieurs semaines de compléter certaines tétées pour voir au bout de quelque temps la sécrétion lactée se rétablir abondante et suffisante. Lorsque, le jour de la rentrée à la consultation, l'enfant n'a pas augmenté normalement, est resté stationnaire ou même a diminué et que, en examinant les seins de la mère, en pesant une tétée, le médecin voit que l'enfant n'a pas tout à fait sa ration, il prescrit un supplément de lait stérilisé livré dans de petites bouteilles d'un nombre déterminé de grammes. Il est expressément recommandé que chacune de ces petites bouteilles devra être donnée comme complément de la tétée, au moment de la journée où la mère dit avoir le moins de lait. Puis, au bout d'une ou deux ou trois semaines, si l'enfant augmente bien, le lait stérilisé est supprimé petit à petit, et la mère allaite seule son enfant. En procédant ainsi, la sécrétion lactée n'est point compromise et l'enfant prend dans les seins de sa mère tout ce qu'ils sont capables de fournir.

En admettant que l'insuffisance soit durable, le médecin augmente progressivement la quantité de lait stérilisé à mesure que le lait de la mère diminue,

et cet allaitement mixte méthodiquement pratiqué fournit de bons résultats : l'enfant est à l'abri des fautes de sa mère, et digère bien le mélange de ces deux laits. Enfin, si la mère devient absolument insuffisante, que le sevrage soit chose inévitable, la surveillance médicale intervient pour déterminer à chaque fois la quantité de lait à fournir : ainsi la suralimentation est évitée et comme le lait soigneusement stérilisé remplace le biberon meurtrier, source d'infection, l'enfant s'élève généralement sans encombres.

Parfois, la mère s'aperçoit vite qu'elle n'a pas assez de lait, mais dans certains cas où, désirant nourrir seule son enfant, elle s'obstine à ne donner que le sein, l'enfant dépérit et risque de mourir d'inanition, si une surveillance médicale n'intervient assez tôt pour dissiper l'erreur de la mère et remédier à cette insuffisance de l'alimentation.

La surveillance médicale permet encore d'expliquer la cause de troubles digestifs chez des nourrissons dont l'alimentation, quoique bien réglée, ne saurait être incriminée.

Suivant leur régime alimentaire, les nourrices ont un lait plus ou moins chargé en beurre ; cette teneur en beurre varie également avec la période de l'allaitement, avec celle de la tétée. Un lait riche ou un lait pauvre sont aptes à déterminer des accidents chez le nourrisson. La mère comprendra bien que son lait est « trop fort » ; elle verra bien encore qu'il est « comme de l'eau », mais quelle conduite tenir ? Elle

restera fort embarrassée, et se laissera peut-être convaincre de sevrer son bébé. La surveillance médicale fera connaître, grâce à des analyses, la teneur en beurre du lait de la mère et selon qu'il s'agira d'un lait riche ou d'un lait pauvre, un régime approprié sera conseillé à la mère. Régime reconstituant, riche en féculents et en viande, peu de boissons dans le cas de lait pauvre, faire couler le premier lait afin que le nourrisson ait celui le plus gras. Restreindre un peu l'alimentation, surtout l'alimentation carnée, boire abondamment dans le cas de lait riche, donner 10 ou 15 grammes d'eau à l'enfant après chaque tétée ou ne lui faire prendre que le premier lait de la tétée. Puis en surveillant le bébé, le médecin se rend compte du résultat de ses prescriptions, prêt à les modifier suivant l'indication des analyses du lait, suivant l'état du nourrisson.

Grâce à cette surveillance active et régulière, aucun point ne reste obscur dans l'histoire des nourrissons ; si la mère tombe malade au cours de l'allaitement et qu'aucun conseil médical ne soit demandé au sujet de l'enfant, il arrive fréquemment qu'on le sèvre malgré son âge, malgré la saison. Dans un certain nombre de cas, la mère peut continuer à nourrir, mais dans des maladies graves telles que la tuberculose, il appartient au médecin de juger de la situation, de faire la part de la mère et de l'enfant et de procéder — s'il y a urgence — au sevrage progressivement rapide et non brusque comme les parents sont parfois tentés de le pratiquer. Il est évi-

dent que le médecin s'apercevra en temps opportun de l'état de santé de la mère, qu'il la conseillera utilement et assez tôt pour empêcher des imprudences ou des fautes préjudiciables à l'enfant.

La surveillance médicale joue un grand rôle dans l'élevage des prématurés. On sauve aujourd'hui beaucoup plus de débiles qu'autrefois. A la Clinique Tarnier, le professeur Budin n'a eu que 59 décès sur 579 débiles, pesant 2 kgr. 500 et au-dessous, du 1er mars 1898 au 31 décembre 1901 : 90 o/o sont sortis vivants et bien portants de l'hôpital. Mais, c'est le sort ultérieur de ces enfants qui est important. Ces enfants, plus fragiles que les autres, ont surtout besoin d'avoir une alimentation bien dirigée et bien surveillée, il faut leur donner dans la juste mesure, veiller avec soin aux indications de la balance et à la manière dont se fait l'assimilation.

Il en est qui, au début, n'ont pas les sucs digestifs assez puissants pour digérer le lait maternel ; à ceux-là on donnera du lait artificiellement digéré pour faciliter l'assimilation. Le médecin veillera avec un soin particulier à ce qu'on ne suralimente pas l'enfant et cependant à ce qu'il soit suffisamment nourri pour lui permettre de se développer. Nous avons montré quelles étaient les quantités de lait à fournir aux débiles suivant leur âge, pour éviter soit la suralimentation, soit l'inanition et leurs accidents.

Les mères qui sont livrées à leur seule initiative, déjà fort embarrassées lorsqu'elles ont des enfants nés à terme, le sont bien plus encore si elles don-

nent le jour à des débiles et, trop souvent ces enfants qu'une direction médicale eût sauvés, meurent des fautes de leurs mères, de leur inexpérience, de leur ignorance.

La surveillance médicale est donc importante pour ces enfants, et nous disons plus, elle devrait être obligatoire, car les résultats sont loin d'être négligeables. Le professeur Budin, dans un cours inédit fait à la Polyclinique H. de Rothschild en février 1903, déclarait que sur 80 prématurés nés à la Clinique Tarnier et ayant suivi la Consultation, 2 seulement étaient morts. D'autre part, dans l'*Obstétrique* du 15 novembre 1901, le professeur Maygrier écrit que sur 48 prématurés ayant suivi la Consultation de la Charité, 3 sont morts. Sur ces 128 prématurés, 123 ont survécu. La survie a donc été de 96 pour 100 !

Tel est, brièvement exposé, le rôle de la surveillance médicale dans l'allaitement au sein, surveillance qui permet de sauver de nombreuses existences d'enfants et de faire l'éducation des mères. Grâce à cette surveillance scientifique, la mère n'est plus seule à prendre une décision, elle écoute moins les avis de chacun et n'est plus exposée à acquérir de l'expérience aux dépens de la vie de son enfant. Au milieu de son labeur journalier, elle a l'assurance qu'elle peut compter sur des indications exactes, précises et ce métier de mère (dont on s'est gardé de l'entretenir quand elle était jeune fille), elle l'apprend peu à peu en amenant son enfant à la Consultation.

Tels sont les bienfaits de la surveillance médicale,

le rôle joué par les Consultations de Nourrissons. Sans doute, il faut surveiller les enfants allaités artificiellement, mais il est également nécessaire et logique de ne pas abandonner à des mères dévouées, mais ignorantes, des enfants qu'elles risquent de laisser mourir faute de savoir les alimenter. Il faut enfin se souvenir, ainsi que nous le disions au début de ce travail, que, distribuée d'une manière irrationnelle, la plus parfaite des nourritures peut devenir nuisible, et qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Quillier) (1)

N° du registre, 2467. L'enfant T..., né à la clinique Tarnier, le 9 mars 1905, pèse à sa naissance 2.950 grammes. Il quitte le service le 20 mars, pesant 3.180 grammes et nourri au sein par sa mère.

Pendant le séjour de cet enfant à l'hôpital, il se produit déjà de petits accidents, insignifiants en apparence, mais qui peuvent nous faire prévoir ceux qui vont survenir peu après.

Cinq jours après sa naissance, cet enfant a déjà dépassé son poids initial. Il augmente beaucoup trop. Le troisième jour, son gain dans les vingt-quatre heures est de 50 grammes, de 50 grammes encore le quatrième jour, et le cinquième jour de 100 grammes. Aussi, fatalement, le sixième jour, après une nouvelle augmentation de 50 grammes, les selles, de jaunes qu'elles étaient auparavant, deviennent-elles jaune vert. Le lendemain, il en est de même. Malgré toutes nos observations, malgré la surveillance très active du personnel hospitalier, cette femme laisse son enfant trop longtemps au sein, et lorsqu'il quitte le service, ses garde-robes sont mal digérées et même un peu verdâtres (fig. 4).

---

1. *Obstétrique*, janvier-mars 1905.

Rentrée chez elle, cette femme, alors, oublie tout à fait nos conseils. Son enfant tète autant et aussi longtemps qu'il le désire. Les garde-robes deviennent tout à fait vertes, et les vomissements font leur apparition. L'enfant crie tout le temps. Comme toujours, pour le calmer, sa mère lui donne le sein. Fort et vigoureux, ce nourrisson tète avec avidité. Mais les troubles

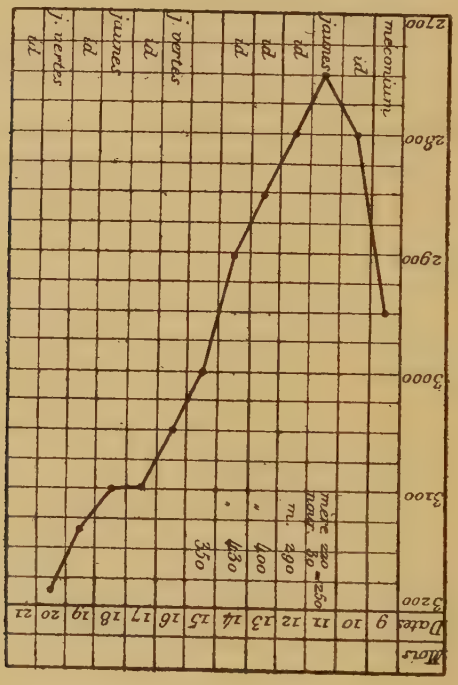


Fig. 4.

digestifs augmentent d'intensité. Il y a de l'érythème du siège. Bientôt l'enfant dépérit, refuse le sein, crie nuit et jour. Son teint devient jaune. Lorsque sa mère nous l'amène le 15 avril pour la première fois, c'est-à-dire vingt-cinq jours après avoir quitté le service, il est presque mourant cet enfant nourri au sein !

Il est sale, mal tenu. Son ombilic suppure. Sur la figure sont disséminés quelques placards d'eczéma impétigineux. Son poids est de 3.030 grammes ; cet enfant a donc diminué de 150 gr. en vingt-cinq jours. Il ressemble à un petit vieillard tant sa peau est ridée. Le cri est plaintif ; vraisemblablement cet enfant n'a même plus la force de crier. Du reste, mis au sein de sa mère, c'est à peine s'il fait quelques mouvements de succion. Depuis quatre jours, il en est ainsi. Cet enfant, de par les troubles digestifs dus à la suralimentation, est devenu si faible qu'il n'a plus la force de téter. Il meurt de faim devant une table bien servie, car sa mère a beaucoup de lait, trop même, malheureusement pour lui. L'enfant rentre à l'Isolement le 16 avril. Il pèse 3.030 grammes. Son état général est toujours le même. De plus, il tousse un peu et présente un écoulement séreux de l'oreille droite. Dans le service les tétées sont régularisées, et le premier jour, la nourrice est forcée de faire boire l'enfant au verre, tant il est faible. Stimulé par des bains chauds, du sérum, des frictions à l'alcool, l'enfant reprend quelques forces, il peut téter. Les garde-robes redeviennent jaunes, il ne crie plus, dort bien et le 29 avril il quitte l'Isolement en bon état nourri par sa mère et pesant 3.145 grammes.

Après une alerte aussi chaude, il était permis de croire que la mère se tiendrait pour avertie et ne commettrait plus les mêmes fautes : il n'en fut rien. Le 4 mai, elle revient à la Consultation : depuis sa sortie de l'Isolement, son bébé a augmenté de 51 grammes par jour. En revanche il a de la diarrhée, et il urine très souvent. Sa mère nous apprend alors qu'elle le laisse une demi-heure au sein parce qu'il a des coliques. Le 20 mai, nouvelle augmentation de 51 grammes par jour

pendant une semaine. Les mêmes accidents se sont reproduits. Cette fois la mère donne à téter toutes les heures et demie « parce que le petit a faim ».

Enfin, elle finit par comprendre que nous avions raison. Par la suite, son enfant s'est admirablement élevé, et il continue à bien se porter depuis qu'il est surveillé (fig. 5) mais

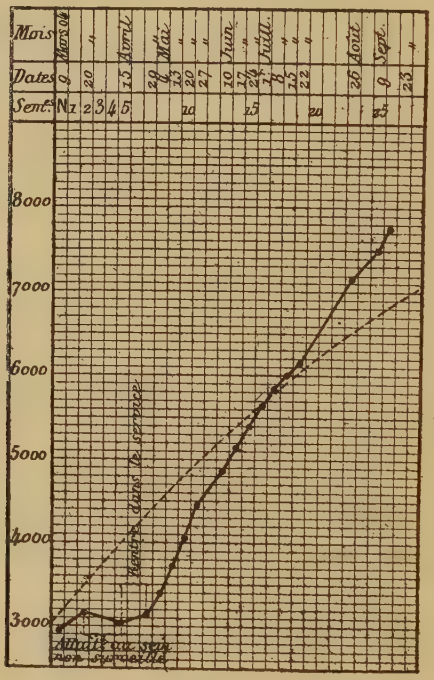


Fig. 5.

que serait-il devenu, lui aussi, si une direction médicale n'était intervenue au moment opportun pour le sauver ? Car, pour tous ceux qui ont vu cet enfant lors de sa rentrée dans le service d'isolement, il était condamné à mourir dans les quarante-huit heures.

OBSERVATION II

N° du registre, 2729.

Enfant débile, né à la Clinique Tarnier, le 4 juin 1905. Poids, 1.470 grammes. Quitte le service en bon état et nourri au sein par sa mère, le 13 juillet. Son poids est alors de 2.070 grammes. Amené à la consultation le 21 juillet, cet enfant continue à bien augmenter et pèse 2.230 grammes. La mère vient régulièrement à la consultation, de sorte que l'on peut suivre les progrès du bébé, dont la courbe s'élève parallèlement à la normale, sauf un léger accroc au 28 octobre (diarrhée) ; mais néanmoins, la courbe tend à se rapprocher de la courbe normale. Le 19 janvier 1906, le nourrisson, qui a alors sept mois, pèse 6,350 grammes. La mère reste quatre semaines absente, et revient le 2 mars ; pendant ce temps l'enfant a eu une broncho-pneumonie, mais son poids s'est maintenu à 6.380 grammes. La fois suivante, c'est-à-dire huit jours après, 100 grammes d'augmentation dans la semaine ; l'enfant va bien et l'on peut espérer qu'il va regagner le temps perdu et que la courbe va se relever (fig. 6).

Malheureusement, cette femme reste vingt-sept semaines absente de la consultation. Que s'est-il passé pendant ce temps, qu'a fait la mère ? Nous ne saurions le dire, ce qui est certain, c'est que le 28 septembre, lorsqu'elle ramena le bébé à la consultation, l'enfant au lieu d'avoir augmenté

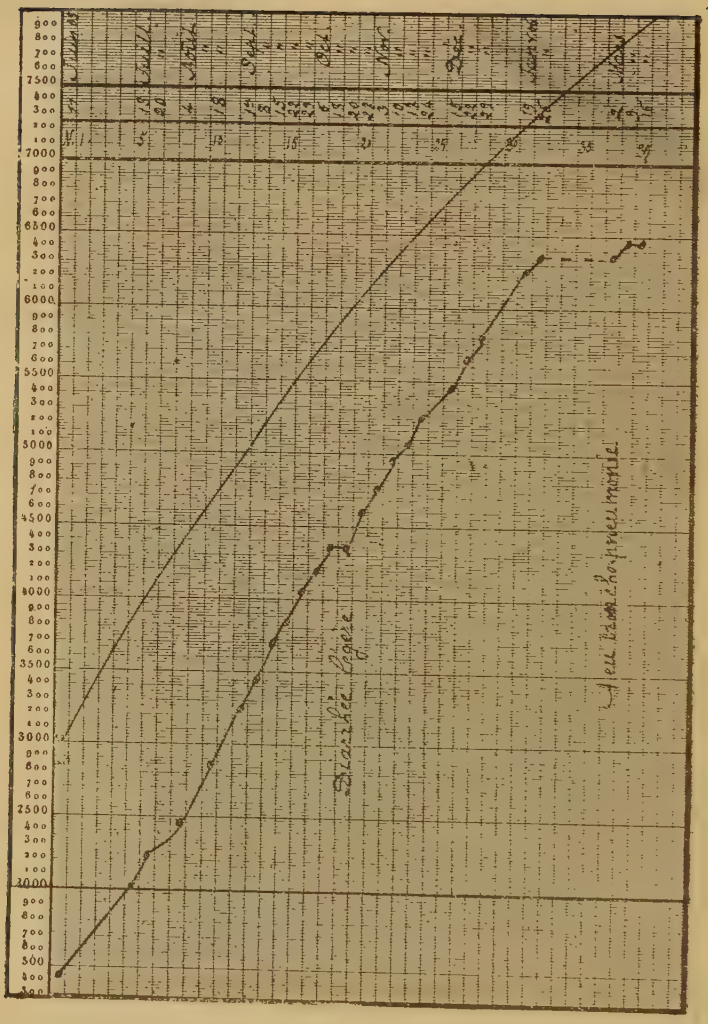


Fig. 6. N° 2729

progressivement comme on aurait pu s'y attendre, ne pesait que 6.370 grammes, comme au 19 janvier 1906 (fig. 7).

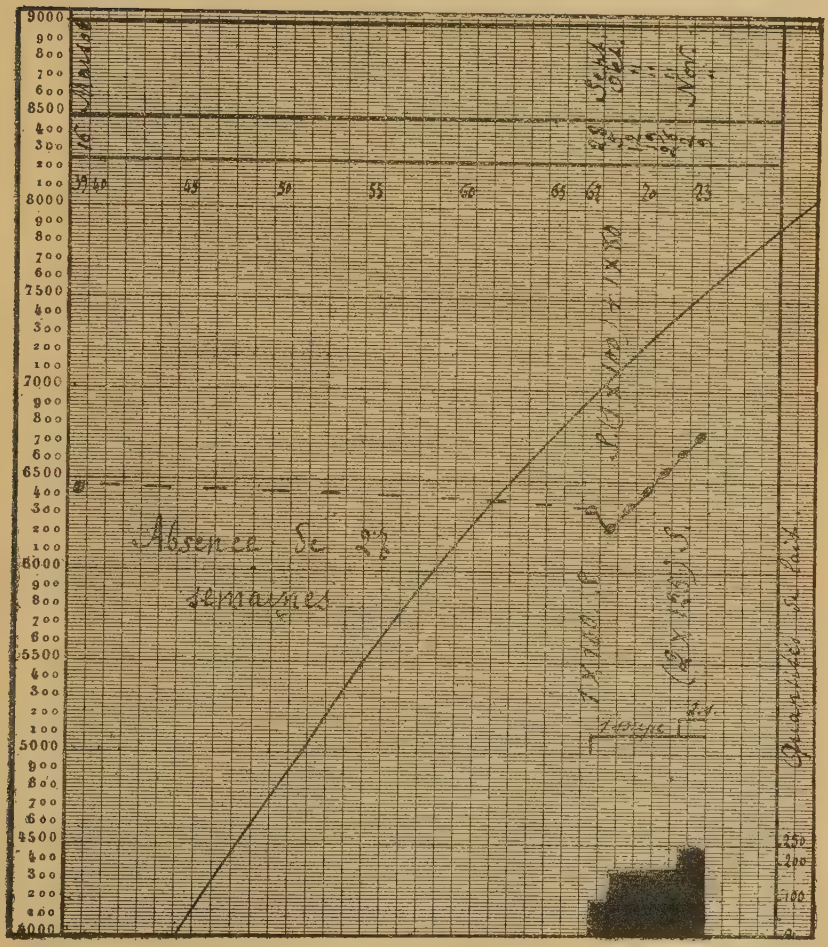


Fig. 7. N° 2729.

Il avait suffi de cette longue absence pour entraver et retarder le développement de cet enfant, qui, tant qu'il avait

été soumis à une surveillance médicale attentive, s'était accru dans les proportions normales.

La mère, en dépit de toute son affection, en dépit des soins dont elle entourait son enfant, le ramenait dans un triste état, parce qu'elle n'avait pas su diriger l'allaitement.

Du jour où cet enfant fut de nouveau surveillé il recommença à augmenter régulièrement chaque semaine, ainsi que nous avons pu nous en convaincre en le voyant à la consultation.

OBSERVATION III

N° du registre, 2682.

Enfant né à la clinique Tarnier le 25 mars 1904. Poids 2.720 grammes. Quitte le service le 4 avril, pesant 2.700 grammes.

Cet enfant est mis à l'allaitement mixte parce que sa mère est insuffisante. Malgré les recommandations qui lui sont faites, cette femme reste cinq semaines sans revenir et elle a profité de la non-surveillance pour sevrer complètement son enfant. Le 12 mai quand elle l'amène à la consultation, l'enfant pèse 3.160 grammes et elle lui donne 25 grammes de lait et 25 grammes d'eau à chaque tétée. Il lui est prescrit de donner neuf bouteilles de 40 grammes de lait stérilisé, plus 10 grammes d'eau et 10 grammes de sucre à chaque bouteille.

Le 19 mai, l'enfant a la diarrhée verte, et pèse 2.990 grammes. Il est absolument nécessaire que la mère et l'enfant rentrent à la Clinique, car cette femme n'écoute pas les con-

seils qu'on lui donne et son enfant est en mauvais état. Elle refuse d'entrer à cause de son mari ; devant l'impossibilité de surveiller de plus près l'allaitement, on explique à la mère ce qu'elle doit faire : lavages intestinaux, la diète hydrique, puis la demi-diète.

Le 26 mai, elle revient avec son bébé ayant augmenté de 170 grammes ; l'enfant étant un peu mieux on lui donnera neuf bouteilles de 30 grammes de lait plus 20 grammes d'eau.

Le 9 juin, le poids est de 3.290 grammes : neuf bouteilles de 40 grammes, plus 10 grammes d'eau, plus 10 grammes de sucre.

La mère reste quinze jours sans venir et ces quinze jours ont suffi pour qu'elle fasse des imprudences, elle a voulu sans doute donner davantage que la ration indiquée. Quoi qu'il en soit, l'enfant a été repris de diarrhée et a eu un jour de la semaine dix garde-robes, il a diminué de 30 grammes et pèse, le 23 juin, 3.260 grammes.

On conseille fortement à la mère de rentrer à la clinique mais elle n'accepte toujours pas à cause de son mari ; de nouveau l'enfant est mis à une diète relative le 23 juin. Le 24, l'enfant ayant encore perdu 10 grammes, et continuant d'avoir des selles fréquentes, est mis à la diète hydrique et ne devra prendre que neuf bouteilles de 50 grammes d'eau.

Le 26. — Poids 3210 : 9 bouteilles × 40 gr. eau + 10 gr. lait.

Le 28. — Poids 3210 : 9 bouteilles × 30 grammes eau + 30 grammes lait.

Le 30. — Poids 3190 : 9 bouteilles × 20 grammes eau + 20 grammes lait.

7 juillet. — Poids, 3500 : a donné 3 × 25 en plus de ce qui avait été ordonné, parce que le père a trouvé que son enfant n'avait pas assez de lait.

12 juillet. — Poids 3300.

17 juillet. — Poids 3120. Veut prendre une nourrice ; en cherche une rue du Cherche-Midi. N'a pas de lait.

Enfin, cette femme met son enfant en nourrice et le ramène à la consultation le 23 octobre, il pèse 4.140 grammes, s'éloigne donc de plus en plus de la courbe normale, il a alors sept mois. Le manque total de soins et de surveillance ont fait que, malgré l'allaitement au sein, cet enfant n'a pas repris et revient dans un état déplorable. Il est donc remis au lait stérilisé.

23 octobre. — Poids 4.140. — 9 × 60.

30 octobre. — Poids 4.680. — 4 × 60 + 5 × 70.

Absence de trois mois de la mère, elle n'est pas venue à la consultation à cause du froid.

2 février 1906. — Poids 5.120 grammes (Fig. 8).

A partir de ce moment, la mère ramène son enfant assez régulièrement, mais elle reste toujours indocile et commet des fautes malgré tous les avis qui lui sont donnés. Le 9 novembre 1906, cet enfant, âgé de dix-neuf mois, pèse 8.000 gr. seulement.

L'histoire, brièvement résumée de cet enfant, montre combien l'ignorance et l'entêtement des mères peut être funeste au nourrisson. Si cette femme était venue de suite à la consultation, il est probable qu'elle n'aurait pas sevré son enfant ; puis, si elle avait voulu rentrer dans le service, l'enfant remis en bon état et la mère très surveillée, il est encore certain que de grosses fautes eussent été évitées. Il

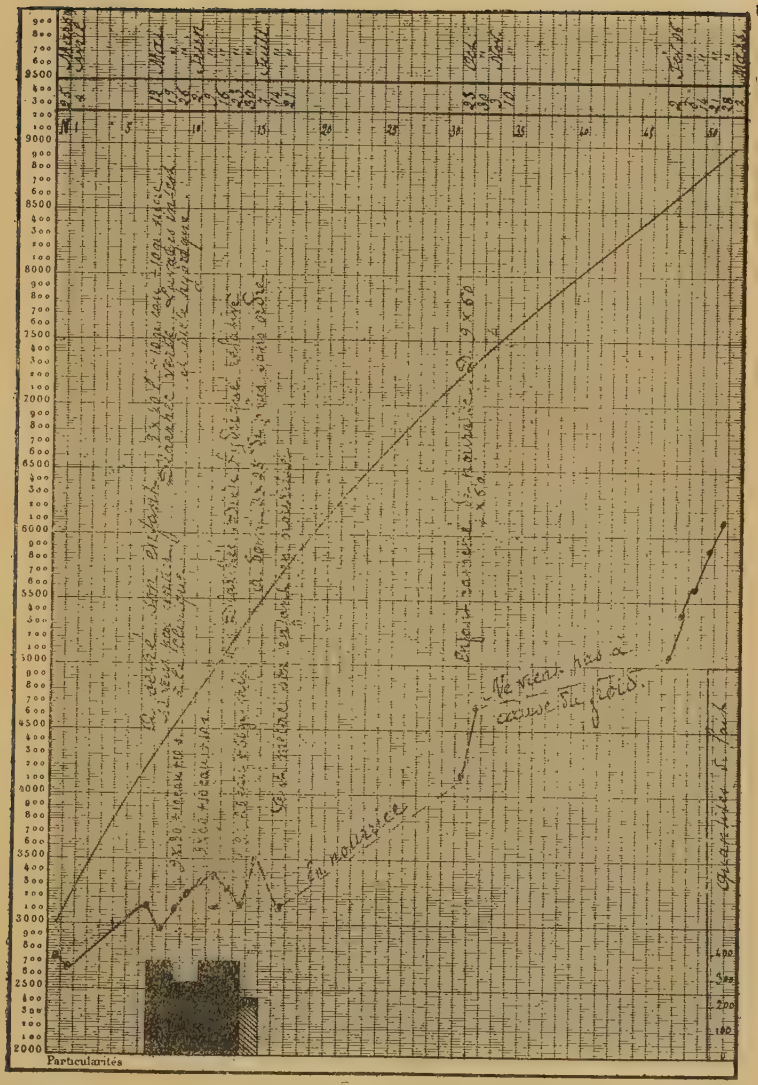


Fig. 8. N° 2682.

a fallu que de nombreuses expériences faites, au détriment du bébé, finissent par lui donner un peu de raison ; mais encore, et malgré de fréquentes visites à la consultation, elle trompe la surveillance médicale et fait souvent, seulement, ce qui lui plaît. Cet exemple prouve que les femmes ne connaissent pas leur métier de mères, et qu'une surveillance médicale est absolument nécessaire pour que les enfants puissent échapper aux erreurs meurtrières de leurs nourrices.

OBSERVATION IV

N° du registre, 2740.

Enfant né à la Clinique Tarnier le 13 janvier 1905. Poids 3.060 grammes. Quitte le service le 23 janvier 1905, pesant 2.940 grammes. Est amené à la Consultation le 17 février ; pèse alors 3.540 grammes.

Cet enfant, nourri par sa mère, s'élève admirablement jusqu'au 9 juin 1905. Il pèse alors 5.500 grammes, et sa courbe est tout à fait parallèle et très voisine de la normale.

La mère voit revenir ses règles entre le 16 et le 23 juin et l'enfant diminue de 100 grammes. Au moment où l'enfant aurait eu besoin d'être surveillé de près, la mère reste plusieurs semaines sans l'amener à la Consultation ; enfin elle revient le 15 septembre ; en dix semaines le bébé a augmenté de 550 grammes, soit 7 gr. 8 par jour. Il s'écarte donc de plus en plus de la courbe normale, mais comme la mère ne lui a donné que le sein, il n'a pas de troubles digestifs. La mère dit que son lait a un peu diminué, aussi commence-t-on à donner un supplément de quatre bouteilles de 30 grammes. L'enfant se

remet à augmenter jusqu'au 3 novembre et atteint 6860 grammes, puis il oscille pendant quatre semaines entre 6.800 et 6.900 grammes, enfin il arrive le 12 janvier 1906 à 7.080 grammes. Il a alors un an. Depuis l'époque où ce nourrisson n'a pas été surveillé, sa courbe de poids n'est plus ce qu'elle promettait de devenir lors des premiers mois de l'allaitement.

Le 12 janvier, comme le lait de la mère diminue toujours un peu plus, on augmente de 60 grammes la quantité de lait stérilisé et au 30 mars le bébé arrive à peser 7.800 grammes. Puis il diminue et a des troubles intestinaux, de la diarrhée, qui nécessite un lavage intestinal le 27 avril. Comme la mère n'a pour ainsi dire plus de lait, l'enfant est sevré le 11 mai : il pèse 7.750 gr. Prenant depuis environ sept mois du lait stérilisé dont la quantité a augmenté en raison de l'insuffisance de la nourrice, il semblerait que le bébé eût dû traverser sans accidents la période du sevrage. Mais il n'en fut rien, aussitôt il eut des troubles digestifs assez graves pour nécessiter la diète hydrique : il diminua à ce moment de 500 à 600 grammes : Poids le 8 juin, 7.150 grammes : âge de l'enfant, seize mois et demi.

L'état du nourrisson nécessitant une surveillance active, le médecin recommanda à la mère de l'amener régulièrement ; cette femme croyant mieux faire conduisit son enfant à la campagne et y resta deux mois. Comme toujours en pareil cas, lorsque l'enfant est emmené à la campagne, il n'est plus surveillé et la mère n'est plus dirigée ; aussi, les fautes se succèdent, la mère se laisse persuader que l'enfant ne prend pas suffisamment, elle ne mesure plus les quantités de lait ; ce lait n'est pas stérilisé. Bref, quand cette femme ramena son bébé à la consultation le 25 août, cet enfant de dix-neuf mois ne pesait plus que 6.550 grammes et il avait été malade pendant les deux

mois qu'avait durés son absence. Son état était tel qu'il nécessita sa rentrée dans le service, pour fixer d'une manière rationnelle son alimentation et pour le réaccoutumer au lait stérilisé. (Fig. 9).

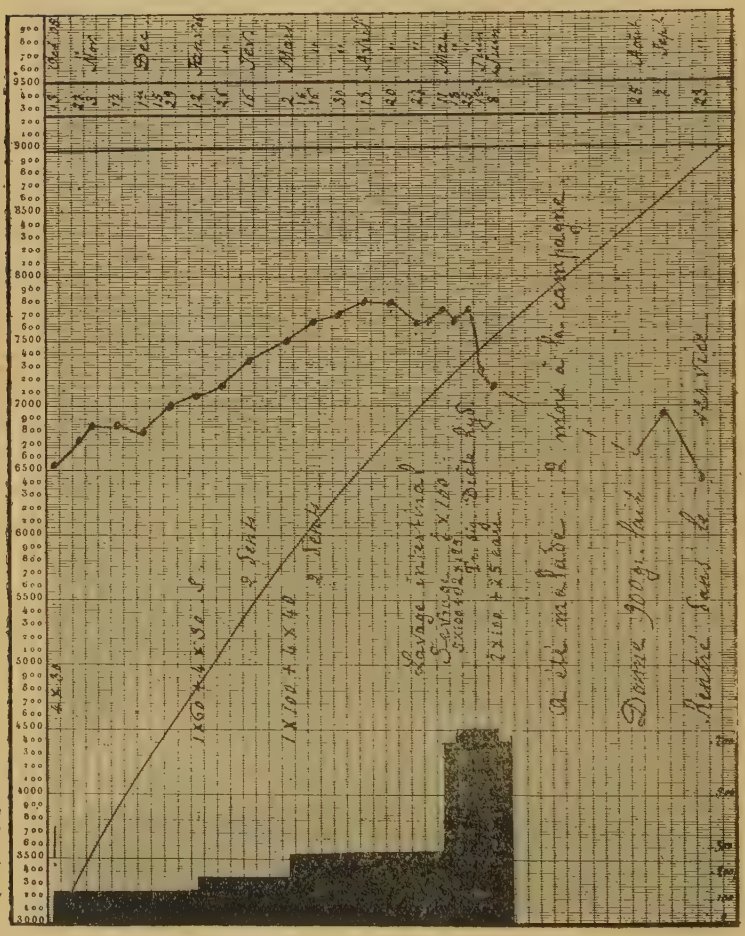


Fig. 9. N° 27~0.

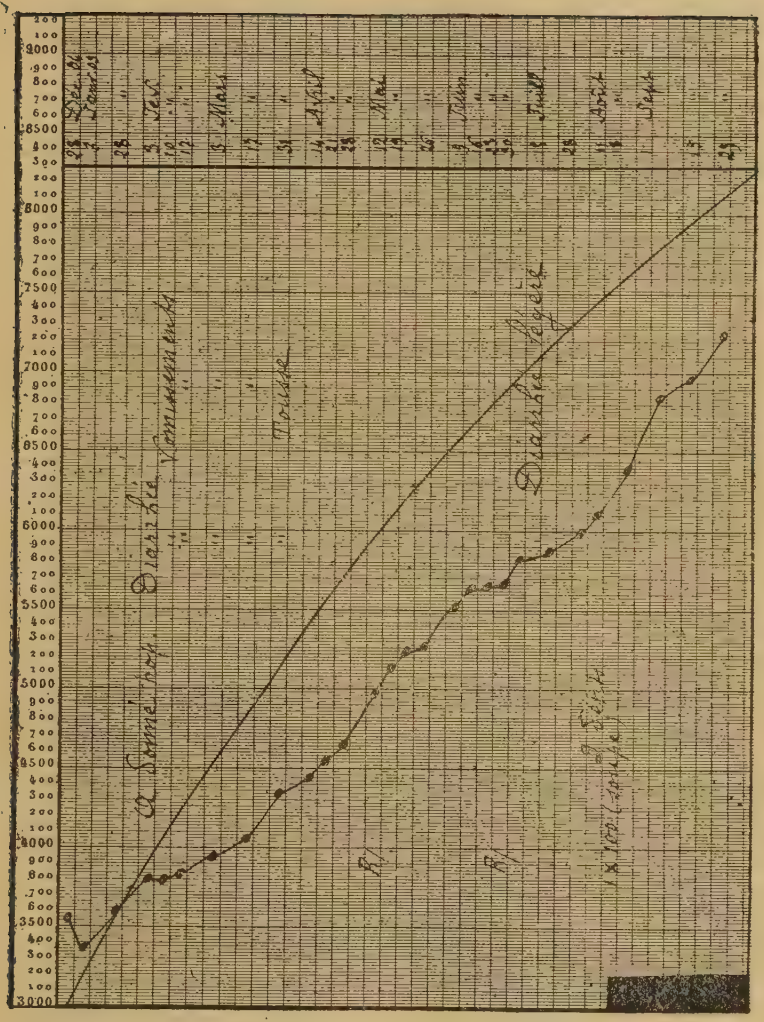


Fig. 10. N° 2620.

OBSERVATION V

N° du registre 2620.

Enfant né à la Clinique Tarnier le 28 décembre 1904. Poids

3.570 grammes. Quitte le service le 7 janvier 1905 avec un poids de 3380 grammes. Cet enfant bien portant, nourri au sein par sa mère, est amené à la consultation le 20 janvier, pesant 3.610 grammes, ayant augmenté par conséquent de 17 gr. 6 par jour. Le 3 février l'enfant a la diarrhée : la mère le laisse trop longtemps au sein, ne règle pas les tétées, encore moins leur durée ; et l'accroissement qui a été du 20 janvier au 3 février de 12 grammes par jour tombe du 3 février au 10, à 1 gr. 4. La diarrhée continue, les vomissements apparaissent ; il est manifeste que la mère n'a pas tenu compte des observations qui lui ont été faites, et les digestions se font mal, ainsi que l'assimilation. Nouvelles recommandations de ne laisser l'enfant que cinq minutes au sein. La diarrhée dure encore quelques semaines, jusqu'à ce qu'enfin la mère, ayant compris que la raison n'était pas de son côté, finît par écouter le médecin, par obéir à ses conseils. A partir de ce moment, l'enfant s'éleva bien. Mais il est à présumer que, sans une direction médicale, cette mère aurait continué à suralimenter son enfant et à provoquer des accidents sérieux (Fig. 10).

OBSERVATION VI

N° du registre 2591.

Enfant né à la Clinique Tarnier, le 29 octobre 1905. Poids à la naissance 2.820 grammes. Quitte le service le 9 novembre pesant 2.850 grammes, bien portant et nourri au sein par sa mère.

Rentre à la Consultation le 16 novembre, ayant augmenté de 24 gr. 2 par jour et jusqu'au 9 décembre présente une

courbe parallèle et voisine de la normale ; à cette époque le poids est de 3.720 grammes. Puis la courbe s'écarte un peu de la normale, mais néanmoins l'enfant va bien et pèse le 27 janvier 4.510 grammes. La semaine suivante, diminution de 10 grammes, ce que voyant, le médecin prescrit à la mère de revenir le 7 février pour peser une tétée. En dix minutes, l'enfant a pris 60 grammes de lait. Le 10 février, l'enfant ayant diminué de 60 grammes dans sa semaine, il est ordonné à la nourrice reconnue insuffisante de compléter quatre des tétées par des bouteilles de 30 grammes de lait stérilisé. Huit jours après, le poids se relève, atteint 4.610 grammes, l'augmentation moyenne par jour a été de 24 gr. 2.

Dès lors, les poids sont les suivants :

24 février.....	4.710 gr.
3 mars.....	4.750
10 »	4.870
17 »	4.840
24 »	4.940
31 »	5.110

Le 7 avril, le nourrisson diminue de 20 grammes et pèse 5.090 grammes.

Le 14 avril, il a encore perdu 20 grammes et arrive à 4.070 grammes : les quatre bouteilles de 30 grammes de lait stérilisé ne suffisent plus, le lait maternel n'étant pas assez abondant, et le médecin prescrit alors huit bouteilles de 30 grammes. Le 21 avril, le nourrisson pèse 5.190 grammes, il a donc augmenté de 17 gr. 1 par jour.

Le 28, toujours avec les mêmes quantités de lait, l'augmentation est de 380 grammes, l'enfant a eu 54 gr. 2 de gain par jour. Poids 5.570 grammes. Il est évident que la mère — bien

qu'elle ne l'avoue pas—ne s'est pas contentée des huit bouteilles de 30 grammes et qu'elle a dû donner un supplément de lait de vache. On lui renouvela le conseil de s'en tenir aux-

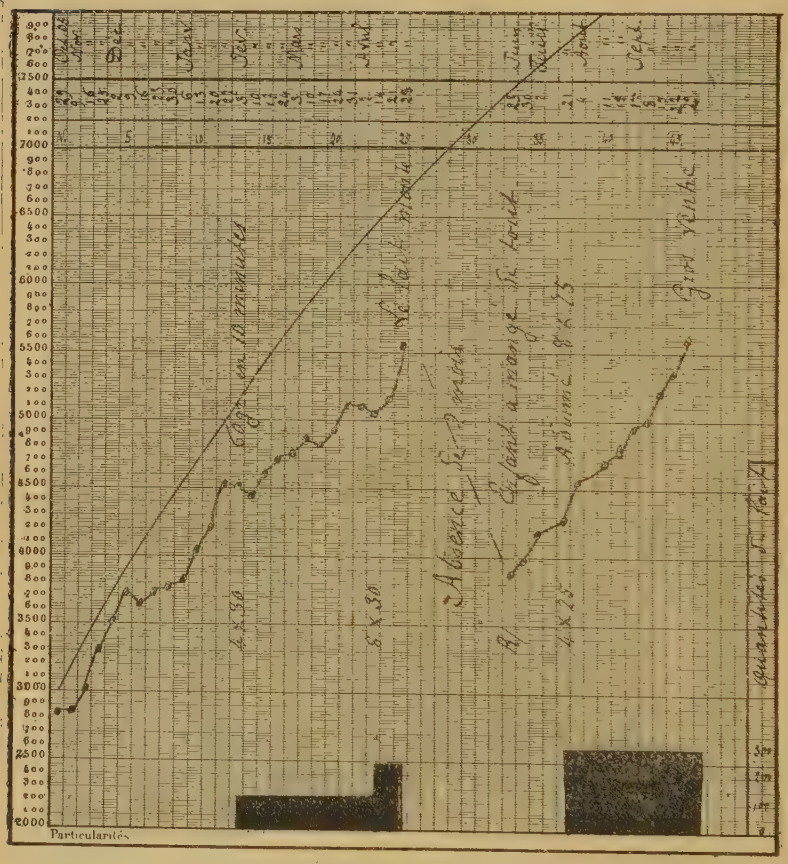


Fig. 11. N° 2591.

bouteilles prescrites, comme complément des tétées, d'autant plus que la sécrétion lactée paraissait meilleure.

Pendant sept semaines, cette femme n'apparut plus à la consultation. Sans doute, son enfant n'augmentait pas à son

gré et se croyait-elle assez intelligente pour diriger seule l'allaitement.

Quoi qu'il en soit, elle revint le 23 juin, ramenant son bébé âgé de huit mois dans un état lamentable et ne pesant plus que 3.890 grammes. En sept semaines, cet enfant, livré à la seule direction des siens, avait diminué de 1.680 grammes. Interrogée, la mère raconta qu'elle avait confié son enfant à la grand'mère et que celle-ci avait donné à manger de tout ; que l'enfant avait été très malade, avait eu une gastro-entérite grave ayant nécessité la diète hydrique, des lavages intestinaux. Quand elle le ramena à la clinique, la mère lui donnait du lait maternisé ((Fig. 11).

Ainsi, il avait suffi d'un manque de surveillance pour que la mère, aidée de la grand'mère, commettent les fautes les plus graves et les plus préjudiciables à cet enfant qui, à huit mois, pesait 3.890 grammes et avait le tube digestif, sa vie même, gravement compromis.

La leçon fut assez profitable, puisque cette femme amena dès lors son enfant assez régulièrement à la consultation, et grâce à la direction médicale, à laquelle pourtant elle avait peine à se soumettre, son enfant fut remis à l'allaitement mixte, reprit peu à peu, augmenta assez régulièrement, et arriva le 5 janvier 1906 au poids de 8.050 grammes.

OBSERVATION VII

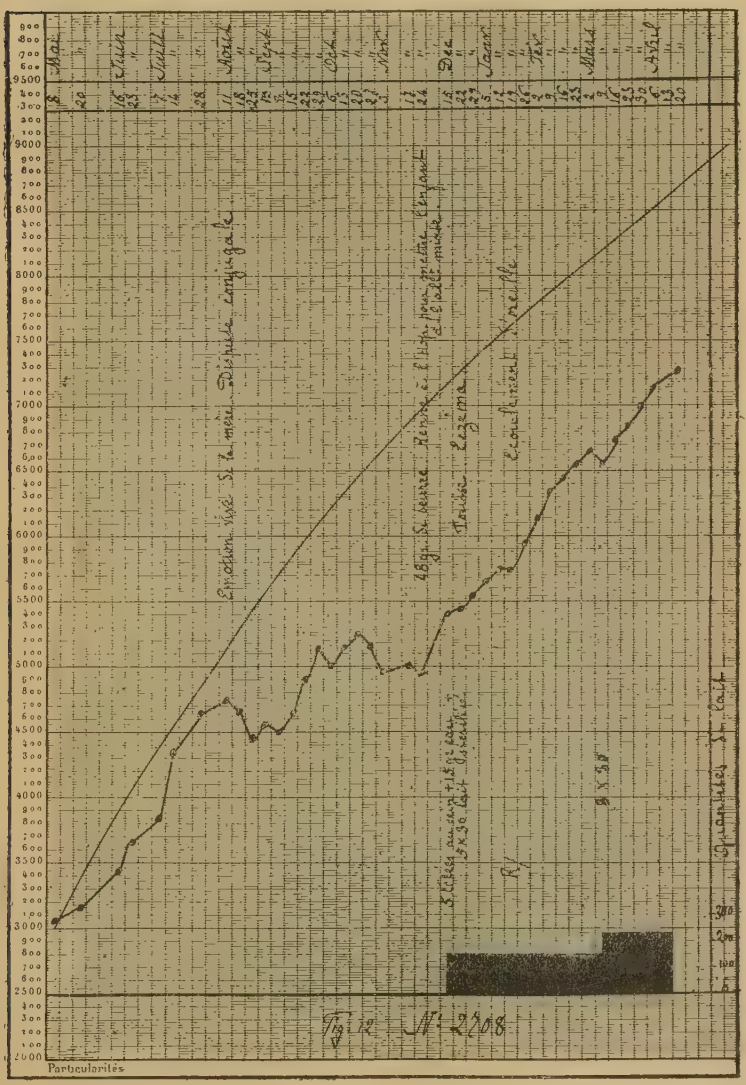
N du registre 2708.

Enfant né à la Clinique Tarnier le 8 mai 1905. Poids 3.070 grammes. Sorti le 20 mai, pesant 3.150 grammes, bien

portant et nourri par sa mère. Amené à la Consultation le 16 juin, pèse alors 3.470 grammes, ayant augmenté de 11 gr. 9 par jour. L'enfant présente une courbe parallèle à la courbe normale jusqu'au 11 août, où la nourrice ayant eu une violente dispute conjugale, une émotion vive, le bébé a à souffrir du lait de sa mère. En quatre semaines, la courbe tombe du 11 août au 8 septembre, de 4.710 grammes à 4.500 grammes. Puis, la paix étant probablement revenue dans le ménage, le nourrisson augmente de nouveau pour atteindre, le 15 septembre, 4.670 grammes ; le 22, 4.900 grammes et le 29, 5170 grammes.

A partir de ce moment, brusque arrêt d'augmentation, l'enfant oscille de poids pendant plusieurs semaines et retombe le 17 novembre à 5.000 grammes. Comme la mère est très raisonnable et qu'elle suit consciencieusement tous les conseils médicaux qui lui sont donnés, aucune faute de sa part ne peut lui être incriminée ; aussi devant cet abaissement de poids que rien n'explique, on songe à la qualité du lait. Des analyses sont faites, qui révèlent 48 grammes de beurre dans le lait de la mère pendant la période des règles, 55 grammes en temps ordinaire. Le bébé ne supporte pas le lait de sa mère, ne l'assimile pas, et par suite n'augmente pas de poids. Sur l'avis du médecin, la mère et l'enfant rentrent à la clinique et l'on met ce dernier à l'allaitement mixte. L'enfant se remet peu à peu ; après quelques jours passés à l'hôpital, la mère emporte son bébé en bon état. Le 15 décembre elle revient à la consultation. L'enfant pèse 5.410 grammes ; le médecin prescrit à la mère de donner, dans les vingt-quatre heures, cinq tétées et après chacune d'elles 15 grammes d'eau, plus cinq bouteilles de 30grammes de lait stérilisé.

La mère, se conformant à toutes les indications, se laissant diriger avec docilité, l'enfant présenta un accroissement régulier, et n'eut à souffrir ni du lait de sa mère, ni de l'allaitement mixte auquel on avait été obligé de le mettre (Fig. 12).



OBSERVATION VIII

N° du registre 2859.

Enfant né le 22 février 1906. Poids 3.300 grammes.

Quitte la Clinique le 11 mars pesant 3.550 grammes.

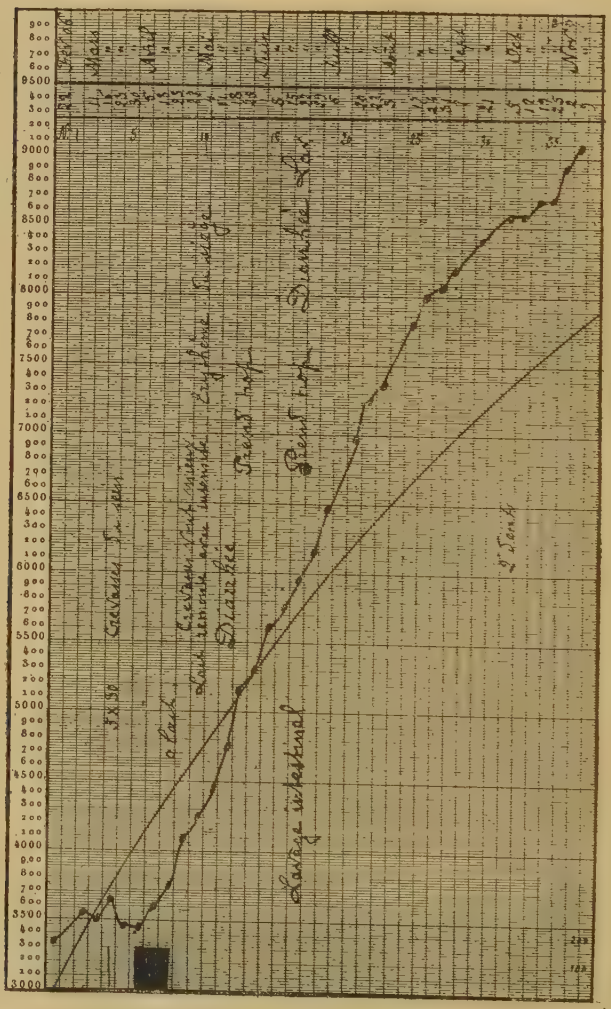


Fig. 13. N° 2859.

Est amené à la Consultation le 16 mars, ayant diminué de 40 grammes. Poids 3.510 grammes. Comme il est à présumer que la réglementation des tétées n'est pas rigoureusement observée, on prescrit à la mère de respecter l'intervalle entre les tétées et de ne pas laisser l'enfant au sein plus de dix minutes. Mais la mère n'écoute qu'à demi ces conseils, les succions répétées du bébé favorisent l'excoriation de l'épiderme, et le 6 avril, l'allaitement étant devenu douloureux à cause des crevasses du mamelon, l'on prescrit cinq bouteilles de lait stérilisé de 30 grammes. Les crevasses allant mieux le 20 avril, le lait stérilisé est supprimé, l'allaitement maternel est continué.

L'enfant présente, dès lors, une courbe ascendante marquée et dépasse la normale à partir du 8 juin.

Il eut encore des selles fréquentes le 18 mai, puis une diarrhée de suralimentation le 15 juin; après un lavage intestinal, tout rentra dans l'ordre et, depuis cette époque, le bébé nourri exclusivement au sein, amené régulièrement à la Consultation, va parfaitement (Fig. 13).

OBSERVATION IX

N° du Registre, 2887.

Enfant né à la Clinique Tarnier, le 20 avril 1906. Poids 3.050 grammes. Quitte le service le 5 mai, pesant 3.030 grammes, nourri au sein par sa mère qui est suffisante. Amené à la Consultation le 11 mai, cet enfant pèse 3.100 grammes, il n'a donc augmenté que de 11 grammes par jour. Comme la mère n'a pas commis de fautes d'hygiène, il est à supposer que de

retour chez elle, elle s'est fatiguée, et que son lait a légèrement diminué. Pour que le bébé n'ait pas à souffrir de cette insuffisance de la sécrétion lactée, on lui fera prendre, en plus du sein,

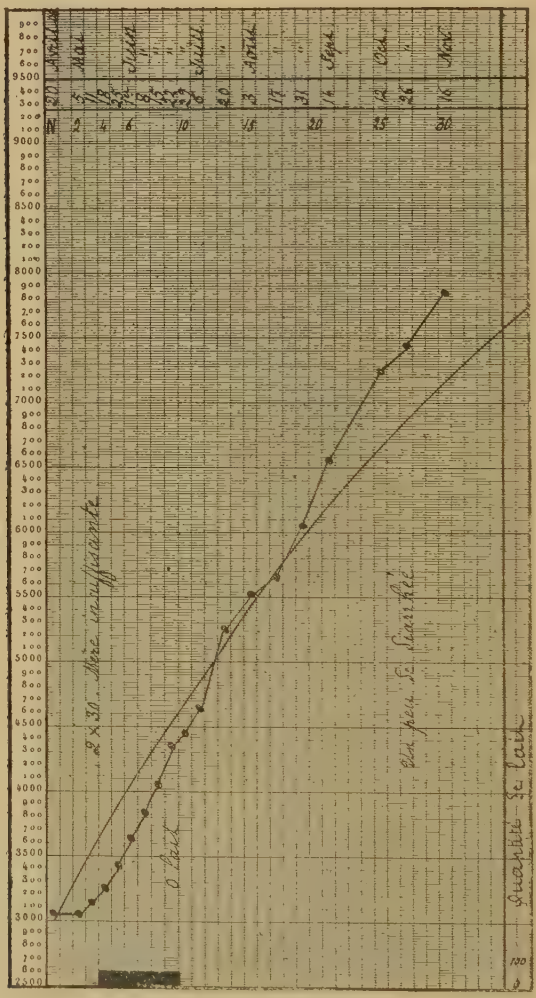


Fig. 14. N° 2887.

deux bouteilles de lait stérilisé, de 30 grammes chacune. Comme la courbe le montre, l'enfant s'élève progressivement et sans

incidents. Enfin la sécrétion lactée de la mère, redevenant suffisante, le lait stérilisé est supprimé, et depuis le 22 juin, la courbe de poids du nourrisson se maintient très belle et a dépassé la normale. Cet exemple montre que la surveillance médicale, instituée dès le début de l'allaitement, permet de se rendre compte des plus légers incidents et que, dans ce cas, l'allaitement mixte méthodiquement pratiqué n'entrave pas la sécrétion lactée, et lui laisse le temps de se rétablir complètement (Fig. 14).

OBSERVATION X

N° du Registre 2763.

Enfant né le 27 juillet 1905 chez une sage-femme. N'a pas été pesé à sa naissance. Est amené à la consultation le 20 août et pesant 3.450 grammes. La mère suit régulièrement la consultation et son enfant s'élève très bien jusqu'au 29 décembre. Le bébé, vacciné dans la semaine, avait été assez souffrant. Poids 6.250 grammes.

Le 12 janvier, l'enfant a diminué de 100 grammes, et pèse 6.150 grammes. Cette baisse de poids chez un enfant qui s'était jusque-là très bien porté, était due au retour des règles de la mère. L'enfant pendant la menstruation de sa mère avait eu une forte diarrhée. Pour désinfecter son tube digestif, le bébé fut mis à la diète hydrique et l'ordre se rétablit.

Le 19 janvier, il pèse 6.240 grammes.

Le 26 janvier, il pèse 6.380 grammes.

Le 9 février, l'enfant n'a augmenté que de 10 grammes dans sa semaine, il a eu encore une diarrhée profuse coïn-

cidant avec les règles de la mère. Cette diarrhée nécessita des lavages intestinaux et du benzo-naphtol.

Voyant que les règles provoquaient des troubles graves chez le nourrisson, le médecin conseilla à la mère de diminuer le sein pendant cette période et de le remplacer seulement durant ces quelques jours par neuf bouteilles de 30 grammes.

CONCLUSIONS

L'allaitement au sein constitue le mode d'alimentation naturel de l'enfant. Mais pour être le plus parfait, il n'offre cependant pas une sécurité absolue.

Non dirigé, l'allaitement maternel est susceptible de provoquer des accidents de gravité variable chez le nourrisson.

Ces accidents sont généralement dus à la suralimentation, à l'insuffisance de la sécrétion lactée, à une composition chimique défectueuse du lait, et se traduisent par des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée, des manifestations cutanées. Non surveillés, ces enfants s'acheminent vers la gastro-entérite chronique, vers l'athrepsie.

Au contraire, lorsque l'allaitement est surveillé, ces troubles gastro-intestinaux n'ont pas le temps de dégénérer, de s'aggraver et il s'agit, non plus d'accidents, mais d'incidents qu'un traitement rapidement institué, une hygiène mieux comprise font bientôt disparaître.

Dans le cas de suralimentation, le médecin règle le nombre et la durée des tétées ; si besoin est, il institue la diète hydrique relative ou la diète

hydrique de courte durée et les lavages intestinaux.

Dans le cas d'insuffisance de la sécrétion lactée, il fait pratiquer l'allaitement mixte avec méthode et sauve l'enfant des dangers de l'allaitement artificiel.

Si les analyses révèlent un lait trop chargé en beurre, ou trop pauvre, il prescrit à la mère un régime approprié et évite les accidents digestifs à l'enfant.

Enfin, si la mère au cours de l'allaitement présente les symptômes d'une maladie grave, et qu'allaiter soit pour elle ou pour le nourrisson un danger, le médecin concilie les intérêts de la mère et de l'enfant en instituant le sevrage progressivement rapide.

La surveillance médicale s'exerce au moyen des Consultations de nourrissons, qui constituent le plus merveilleux instrument capable de lutter contre la mortalité infantile. Ces Consultations favorisent l'allaitement maternel longtemps prolongé et font l'éducation des mères.

Il est donc nécessaire que ces institutions philanthropiques et humanitaires se multiplient, afin que les mères ignorantes et pauvres puissent y venir chercher les conseils dont elles ont besoin, — le supplément à bon marché ou gratuit de lait stérilisé lorsque leur lait diminue.

Il est également à souhaiter qu'une place pareille soit accordée à l'hygiène infantile dans l'enseignement des jeunes filles, afin que, plus tard, devenues femmes et mères, elles soient à même d'éviter des fautes meurtrières, et aussi afin de leur inculquer

l'idée que « la meilleure goutte de lait est toujours celle que l'enfant trouve dans le sein de sa mère » (Budin. Congrès d'hygiène et de démographie de Bruxelles, 1903).

Vu : le Président de la thèse :
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Budin. — Le Nourrisson.

— Femmes en couches et nouveau-nés.

— Manuel pratique d'allaitement.

Monod. — Rapport sur les Enfants-Assistés, 1898.

Balestre et Gilleta de Saint-Joseph. — Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.

Strauss. — Dépopulation et puériculture.

Marfan. — Traité de l'allaitement.

Michel et Parret. — Ration alimentaire du nourrisson de 0 à 2 ans.

Maurel. — Hygiène du nourrisson.

Quillier. — Nécessité d'une direction dans l'Allaitement au sein. Obstétrique. Janv.-mars 1905.

Maygnès. — Consultations de nourrissons.

Perret. — Diarrhée infantile des nourrissons de 0 à 2 ans.

Roger et Garnier. — Compte rendu de la Société de Biologie, 2 mars 1900.

Babeau. — Nouveau Montpellier Médical, VI, 1897. Troubles gastro-intestinaux provoqués par le lait de la nourrice.

Grangé. — Réglementation des tétées. Journal des Connaissances médicales, 20 février 1879.

Tarnier et Chantreuil. — Physiologie et hygiène de la première enfance.

Perret. — Sécrétion lactée chez les femmes. Obstétrique, 1901, p. 159.

Planchon. — Obstétrique, 1900. Enfants repris dans le service.

Rivière. — Patronage des Nourrissons. Obstétrique. Juillet 1903.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I.— Accidents de l'allaitement au sein, chez les enfants nés à terme 15

CHAPITRE II. — L'allaitement au sein chez les débiles. 45

CHAPITRE III. — Fréquence des accidents. Etude statistique 55

CHAPITRE IV. — Rôle de la surveillance médicale dans l'allaitement au sein 65

OBSERVATIONS 77

CONCLUSIONS 103

BIBLIOGRAPHIE 106

Imp. de la Faculté de Médecine, BONVALOT-JOUVE, 15, Rue Racine, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PUBLICATIONS PRECEDENTES

Précis d'Hématologie et de Cytologie, in-8°, 1903, Doin, éditeur.

Articles et travaux originaux.

Les anticorps du sang [*Tribune Médicale*, 1903, n°s 10 et 17, pages 149 et 261] (avec la collaboration de M. le Dr Meillère).

Un cas d'empoisonnement par le Laudanum. [*Tribune médicale*, 1904].

Recherches sur l'état du sang dans le saturnisme [in-thèse Meillère . *Le Saturnisme*].